



3 1761 11971676 9



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119716769>

CA1
XC28
-2012 ①
C32



HOUSE OF COMMONS
CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA

CHRONIC DISEASES RELATED TO AGING AND HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

Report of the Standing Committee on Health

Joy Smith, M.P.
Chair



MAY 2012

41st PARLIAMENT, 1st SESSION



Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Standing Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site
at the following address: <http://www.parl.gc.ca>

**CHRONIC DISEASES RELATED TO AGING
AND HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION**

**Report of the Standing Committee on
Health**

**Joy Smith, M.P.
Chair**

MAY 2012

41st PARLIAMENT, 1st SESSION

STANDING COMMITTEE ON HEALTH

CHAIR

Joy Smith

VICE-CHAIRS

Libby Davies

Hon. Hedy Fry

MEMBERS

Kelly Block

Patrick Brown

Colin Carrie

Parm Gill

Matthew Kellway

Wladyslaw Lizon

Dany Morin

Djaouida Sellah

Mark Strahl

OTHER MEMBERS OF PARLIAMENT WHO PARTICIPATED

Ruth Ellen Brosseau

Rod Bruinooge

Ron Cannan

Sean Casey

Joe Daniel

Kirsty Duncan

Hon. Mark Eyking

Randy Hoback

Ed Holder

Carol Hughes

Roxanne James

Jinny Jogindera Sims

Hon. Dominic LeBlanc

Ryan Leef

Pierre Lemieux

Hon. Lawrence MacAulay

Irene Mathysen

Larry Miller

James Lunney

Christine Moore

Ted Opitz

Anne Minh-Thu Quach

Hon. Judy Sgro

Francine Raynault

Robert Sopuck

Mike Sullivan

John Williamson

CLERK OF THE COMMITTEE

Mariane Beaudin

LIBRARY OF PARLIAMENT

Parliamentary Information and Research Service

Raphaëlle Deraspe

Sonya Norris

THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH

has the honour to present its

EIGHTH REPORT

Pursuant to its mandate under Standing Order 108(2), the Committee has studied chronic diseases related to aging and health promotion and disease prevention and has agreed to report the following:

TABLE OF CONTENTS

CHRONIC DISEASES RELATED TO AGING AND HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION	1
INTRODUCTION	1
WHAT THE COMMITTEE HEARD	1
A. Some Statistics	1
1. Life Expectancy and Health Status.....	1
2. Healthy Eating, Obesity and Physical Activity Levels	1
3. The Aging Demographic.....	2
4. The Burden of Chronic Disease	2
B. Overview of Government Initiatives.....	3
1. Federal/Provincial/Territorial Governments Working Together on Healthy Living and Chronic Disease.....	3
2. Initiatives in Chronic Disease Prevention and Management.....	6
3. Initiatives in Health Promotion	6
a) Healthy Eating and Health Weights	6
b) Physical Activity and Injury Prevention	7
4. Federal Investment in Research.....	7
C. Issues Pertaining to Chronic Diseases Related to Aging	9
1. Provincial Role in Training, Remuneration and Scopes of Practice of Health Professionals	9
2. Need for Language, Ethnic and Cultural Sensitivity	10
3. Managing Those Affected by Chronic Disease.....	10
4. Increased Focus on Mental Health	13
5. Personal Responsibility and Self Care	14
6. Community-based Care.....	15
7. Social Determinants of Health	16
8. An Integrated, Multi-sectoral Approach to Health care	17
D. Issues Pertaining to Chronic Disease Prevention through Health Promotion	19
1. Healthy Eating and Healthy Weights for Children.....	19
2. Physical Activity and Youth Injury.....	19
3. Health Promotion and Disease Prevention Investments	20

E. Suggested Areas for Federal Action	21
1. Legislation	21
2. Regulation	21
3. Health Transfers and the Health Accord.....	21
4. Research	22
5. National Strategies	22
6. Information Sharing and Best Practices	23
7. Integrated Care Model for Populations under Federal Jurisdiction	23
8. Healthy Living Strategy for First Nations Communities.....	24
COMMITTEE OBSERVATIONS AND RECOMMENDATIONS	24
CONCLUSION	26
LIST OF RECOMMENDATIONS	37
APPENDIX A: CHRONIC DISEASES RELATED TO AGING	
LIST OF WITNESSES.....	39
APPENDIX B: HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION	
LIST OF WITNESSES.....	43
APPENDIX C: CHRONIC DISEASES RELATED TO AGING	
LIST OF BRIEFS.....	47
APPENDIX D: HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION	
LIST OF BRIEFS.....	49
REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE.....	51
MINORITY REPORT OF THE NEW DEMOCRATIC PARTY OF CANADA.....	53
DISSENTING REPORT OF THE LIBERAL PARTY OF CANADA	59

CHRONIC DISEASES RELATED TO AGING AND HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

INTRODUCTION

From October 2011 until February 2012, the House of Commons Standing Committee on Health heard from witnesses on the issues of chronic diseases related to aging, as well as health promotion and disease prevention. A total of 17 meetings were held during which the Committee heard from government officials as well as witnesses representing health professionals, disease groups, seniors, patient advocates, researchers, private insurance and charitable organizations.

In undertaking this study, the Committee recognized that the administration and delivery of health care services is the responsibility of each province or territory. Guided by the provisions of the *Canada Health Act*, the provinces and territories fund these services with assistance from the federal government in the form of fiscal transfers. Health care services include insured primary health care, such as the services of physicians and other health professionals, care in hospital, home care, and scope of practice.

WHAT THE COMMITTEE HEARD

A. Some Statistics

1. Life Expectancy and Health Status

Life expectancy has reached 80.9 years in this country, according to testimony quoting Statistics Canada data.¹ In addition, almost 90% of Canadians report that they believe their health is good, very good or excellent.² In terms of life expectancy, members of the Committee heard that, since the early 1900s, the average lifespan of Canadians has increased by more than 30 years and that 25 of those years are attributed to advances in public health.³ However, it was also pointed out that the number of years lived in good health peaked in 1996 and has since been declining.⁴

2. Healthy Eating, Obesity and Physical Activity Levels

The Committee heard that the burden of chronic disease is related to the dietary patterns, the rates of overweight and obesity and the levels of physical activity of Canadians. Witnesses stated that healthy eating reduces the risk of developing chronic diseases. It was suggested that 90% of type 2 diabetes, 80% of coronary heart disease, and one third of cancers could be prevented by healthy eating, regular exercise, and by not smoking.⁵ Members were also told that as many as 48,000 deaths per year in Canada are related to poor nutrition.⁶

Witnesses spoke of the rising obesity rate, stating that the rate has doubled and in some cases tripled in several countries since 1980.⁷ Data was presented for 2007-2008, which indicates that one in four Canadian adults were obese and one quarter of Canadian teenagers were either obese or overweight.⁸ Childhood obesity rates have nearly quadrupled in the past three decades,⁹ and the rate of obesity among Aboriginal children is significantly higher than it is for other Canadian children.¹⁰ In terms of cost, the Committee was told that health costs related to the chronic diseases most consistently linked to obesity was \$4.6 billion in 2008 compared to \$3.9 billion in 2000.¹¹

Reduced physical activity is also linked to poorer health. The Committee heard that fewer than half of all Canadians are as active as they need to be. Only 7% of Canadian children meet the daily physical activity guidelines and even fewer teenagers meet them.¹² It was told that as many as 25 chronic diseases are directly linked to physical inactivity, and that an inactive person will spend 38% more days in hospital use 5.5% more family physician visits, 13% more specialist services, and 12% more nurse visits compared to an active person.¹³

3. The Aging Demographic

The first of Canada's baby boomers turned 65 years old in 2011, marking the beginning of the anticipated demographic shift which will give rise to an increase in the proportion of Canadians aged 65 years and older. The Committee was told that today, 14% of the population is over 65 years but by 2021, this will rise to 6.7 million people¹⁴ and by 2036, almost 25% of Canadians, or 10 million people, will be seniors.¹⁵ It also heard that in many regions of low population density – that is rural Canada, the senior population is already disproportionately high.¹⁶ Furthermore, by 2041, 4% of the population, or about 1.6 million Canadians, will be over the age of 85 years.¹⁷

4. The Burden of Chronic Disease

Several witnesses commented on the prevalence of chronic disease, particularly among seniors, and indicated that chronic disease is the major cause of death. Among the most prevalent chronic conditions are cardiovascular disease (heart disease and stroke), cancer, diabetes and respiratory disease. Other common chronic diseases include arthritis, chronic pain and mental health issues such as dementia and depression. Witnesses indicated that between 74% and 90%¹⁸ of seniors suffer from at least one chronic condition, while about one quarter of the senior population is affected by two or more of these conditions.¹⁹ In terms of medications, the Committee was told that 74% of seniors were taking at least one medication²⁰ while 15% takes five or more medications.²¹

The Committee heard that chronic diseases cost the Canadian economy \$190 billion annually,²² \$90 billion of which is attributed to treatment and the remainder to lost productivity.²³ The Committee was told that treatment of chronic diseases consumes 67% of all direct health care costs.²⁴ Many witnesses stressed that more focus on prevention strategies, coupled with improved diagnosis and management of chronic disease, is needed as Canada heads into the coming years of an aging demographic.²⁵

B. Overview of Government Initiatives²⁶

The Committee heard that the Government of Canada is investing in partnerships to promote the development of conditions for healthy aging. These partnerships address social inclusion, keeping seniors independent, improving their quality of life, helping them understand what they need to do to prevent chronic disease or to delay its onset, and keeping them connected in their communities.²⁷

The Committee heard from officials representing the Public Health Agency of Canada (PHAC, the Agency) who outlined the federal initiatives aimed not only at chronic diseases related to aging, but also to health promotion and disease prevention in general. As such, Committee members were told about a variety of initiatives across the lifespan but which also promote healthy aging and address the burden of chronic disease in the elderly. Many of these actions involve partnerships with provincial and territorial governments, non-governmental organizations and business. Officials spoke of the importance of a multi-sectoral, or whole-of-society, approach, not one that is simply restricted to the health sector. The Committee heard that this approach complements the recent United Nations' meeting in September 2011 when Canada joined in the endorsement of the need to include all sectors when designing chronic disease prevention strategies.

1. Federal/Provincial/Territorial Governments Working Together on Healthy Living and Chronic Disease

In 2005, the federal government invested \$300 million over five years in the *Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease*. In September 2010, these efforts were renewed when Federal, Provincial and Territorial (F/P/T) Ministers of Health endorsed two initiatives:

- a) *The Federal/Provincial/Territorial Declaration on Prevention and Promotion** – In 2010, the federal government announced \$74.4 million in sustained annual funding in support of the *F/P/T Declaration on Prevention and Promotion*. This Declaration was endorsed by all Ministers of Health and Health Promotion/Healthy Living and it outlines a shared vision to work together to make prevention of disease, disability and injury, and health promotion a priority. The Declaration acknowledges that many actions to be taken in order to improve health lie outside of the health sector because many determinants of health lie outside of the health sector. The Declaration also acknowledges the burden of chronic disease that is associated with unhealthy lifestyles;

* The FPT Declaration on Prevention and Promotion (September 2010) is available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-eng.pdf>.

b) *Curbing Childhood Obesity: A Federal, Provincial and Territorial Framework for Action to Promote Healthy Weights.*[†] The framework includes the following three integrated strategies that build on the work of the Pan-Canadian Healthy Living Strategy and the Declaration on Prevention and Promotion:

- i. Making childhood overweight and obesity a collective priority for action for F/P/T Ministers of Health and/or Health Promotion/Healthy Living, who will encourage shared leadership and joint and/or complementary action from government departments and other sectors of Canadian society.
- ii. Coordinating efforts on three key policy priorities:
 - supportive environments: making the social and physical environment where children live, learn and play more supportive of physical activity and healthy eating;
 - early action: identifying the risk of overweight and obesity in children and addressing it early; and
 - nutritious foods: looking at ways to increase the availability and accessibility of nutritious foods and decrease the marketing of foods and beverages high in fat, sugar and/or sodium to children.
- iii. Measuring and reporting on collective progress in reducing childhood overweight and obesity, learning from successful initiatives, and modifying approaches as appropriate.

Committee members heard that the collaborative approach of F/P/T governments involves the formation of partnerships between the federal, provincial and territorial governments. PHAC officials explained that creation of the Agency included the recognition that effective public health strategies require the participation of all jurisdictions. In this regard, the Pan-Canadian Public Health Network (PHN) was created which is governed by a 17-member Council that includes representatives from F/P/T governments. The mandate of the PHN includes: information sharing; providing policy and technical advice to F/P/T Deputy Ministers of Health; and providing support to jurisdictions during public health emergencies.

The collaborative approach of the F/P/T governments includes programs aligned with its three pillars: health promotion, chronic disease prevention and support for early

[†] Public Health Agency of Canada, *Curbing Childhood Obesity: A Federal, Provincial and Territorial Framework for Action to Promote Healthy Weights*, 2011, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/index-eng.php>.

detection and management of chronic diseases. Health Canada and its agencies support programs that include disease-specific strategies and frameworks which have been developed through partnerships with governmental and non-governmental stakeholders. They include: cardiovascular (the Canadian Heart Health Strategy), cancer (the Canadian Strategy for Cancer Control implemented through the Canadian Partnership Against Cancer), diabetes (the Canadian Diabetes Strategy), respiratory (the National Lung Health Framework), and mental health (the Framework for a Mental Health Strategy for Canada). Also included is the Enhanced Surveillance of Chronic Diseases program and officials emphasized the need for improved surveillance of chronic disease.

Surveillance falls under PHAC's mandate, and the Agency maintains a number of databases for both communicable and non-communicable conditions. With respect to chronic diseases, the Enhanced Surveillance of Chronic Diseases program initially provided surveillance data for high blood pressure and diabetes under the Canadian Chronic Disease Surveillance System. This program has also provided \$15 million over four years for the National Population Health Study of Neurological Conditions. This study will help to improve the quality of surveillance data for conditions such as Alzheimer's disease, Parkinson's disease, epilepsy, neuromuscular disorders, etc. Prevalence, incidence, morbidity and mortality data for chronic conditions including cancer, cardiovascular disease, neurological conditions, arthritis, mental health, diabetes and respiratory diseases are provided through PHAC's *Chronic Disease Infobase* as information becomes available.

The Committee heard that federal investments include the improvement of policy and program decision-making by facilitating access to the best available evidence on chronic disease prevention and health promotion practices. These investments include the Best Practices Portal, a knowledge exchange component and a component to measure uptake in practice activities. The Best Practices Portal is a compendium of community interventions related to chronic disease prevention and health promotion that have been evaluated, shown to be successful, and have the potential to be adapted and replicated by other health practitioners.²⁸

With respect to mental health promotion, the Committee heard about federal investment in the Mental Health Commission of Canada (MHCC) which has developed the framework mentioned above and the Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH), which has developed practice guidelines for practitioners.

International cooperation is also a component of the Agency's integrated approach to chronic disease prevention. In this regard, PHAC officials outlined the Agency's collaboration with the World Health Organization (WHO) in building surveillance capacity in underdeveloped countries. PHAC also works with countries in the Americas, called the CARMEN network, to develop and share case studies having to do with prevention strategies, primarily with respect to obesity. Through the work of the network, prevention discussion is advanced and policy change is facilitated. Finally, PHAC indicated that it works closely with the Pan American Health Organization on the issue of sodium reduction in food.

Finally, PHAC officials spoke of the report entitled *Action Taken and Future Directions 2011*, which was endorsed at the Health Ministers Meeting in November 2011. The report highlights actions that had been taken to advance the framework since September 2010, and makes recommendations and proposed actions that can be taken by Ministers of Health and their governments, as well as other sectors, until the fall of 2012 and beyond.

2. Initiatives in Chronic Disease Prevention and Management

PHAC officials described initiatives that are specific to seniors. The National Seniors Council was created in 2007 to provide advice on emerging issues and opportunities specific to the quality of life and well-being of seniors. It reports to both the Minister of Human Resources and Skills Development and the Minister of Health. Members also heard that Canada participates in a program that was initiated by the WHO called Age-friendly Communities. Under this program, PHAC provides leadership to communities in efforts to enhance or improve the built environment within a community in order to encourage healthy, active living among seniors. Infrastructure such as lighting, width of sidewalks and accessible curbs were cited as examples. The Committee heard that, while over 560 communities across Canada are participating in this initiative, the majority (316 communities) are in Quebec.²⁹

The Age-friendly Communities initiative brings older Canadians into the planning and design of their own communities to create healthy, safe, and supportive environments where they can live and thrive. The initiative has resulted in several communities being safer and more accessible to seniors, while also putting older Canadians at the centre of policy discussions about how age-friendly communities are designed.

PHAC officials also mentioned that, outside of the Canadian Diabetes Strategy, the Aboriginal Diabetes Initiative is delivered through Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch. This strategy emphasizes prevention strategies as well as improved management of diabetes, much like the Canadian Diabetes Strategy, but it is tailored to be more relevant and effective for the Canadian Aboriginal population.

Finally, members heard that PHAC has developed an assessment tool for Canadians called CANRISK. This questionnaire is designed to improve the identification of individuals at risk of developing diabetes and who would benefit from prevention strategies to delay onset of the disease, or succeed in preventing the disease altogether.

3. Initiatives in Health Promotion

a) Healthy Eating and Health Weights

Witnesses described Canada's food guide which was first introduced in 1942 and was updated most recently in 2007. Health Canada's food guide, entitled *Eating Well with Canada's Food Guide*, was developed using evidence-based nutrition policy and is designed to help Canadians make healthy food choices that will meet their nutrient needs, promote health, and prevent nutritional deficiencies.

With respect to funding initiatives to promote healthy eating and healthy weights, the Committee was told that the federal government invests annually over \$112 million to support vulnerable children and their families through various programs such as the *Community Action Program for Children*, the *Canadian Prenatal Nutrition Program*, and the *Aboriginal Head Start Program* in urban and northern communities. The *Canadian Prenatal Nutrition Program* was described as a community-based program delivered by PHAC to help communities promote public health and provide support to improve the health and well-being of pregnant women, new mothers and babies facing challenging life circumstances. Witnesses informed the Committee of the government's *Canadian Gestational Weight Gain Recommendations* which are designed to help health professionals and expectant mothers manage weight gain during pregnancy. Finally, the *Eat Well and Be Active Educational Toolkit* from Health Canada is designed to help educators who teach groups of children and adults about healthy eating and physical activity. Finally, in order to improve access to nutritious, perishable food to help Canadians living in isolated northern communities, the federal government invests \$60 million annually to the *Nutrition North Canada Program*.³⁰

b) Physical Activity and Injury Prevention

Physical activity and active living are important for maintaining good health. Between 1998 and 2002, physical activity guides were developed by the federal government and the Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP) for adults, older adults, children and youth. In January 2011, updates to all four sets of guidelines were released by CSEP.

In March 2011, the federal government announced a \$5 million investment over two years in sports and recreation injury prevention through collaboration with non-governmental organizations that focus on major injuries. These include concussions, drowning and fractures incurred during high-participation activities such as hockey, snow sports, cycling and water sports.

4. Federal Investment in Research³¹

Throughout the course of the meetings, members heard about research projects supported by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). CIHR, comprised of 13 virtual institutes, is Canada's granting agency for all types of health research, from biomedical to clinical, to health service delivery. Its annual budget is around \$1 billion. Several of these institutes are involved in research in the areas of health promotion and chronic disease prevention and management.

CIHR informed members that it was a founding member of the *Global Alliance for Chronic Diseases*. This international alliance, announced in June 2009, involves the collaboration of six health research agencies around the world which have committed to set priorities for a coordinated research effort focussing on chronic disease. In the interest of advancing this priority, the Committee members were told that CIHR's strategic plan for 2009–2010 to 2013–2014 includes a strategic research priority regarding the burden of chronic disease and mental illness. Within the context of this priority, CIHR notes the need

to enhance patient-oriented care, the pressures placed on the health care system due to the aging population and rising rates of chronic disease, and the importance of leveraging resources by working collaboratively with other departments, agencies and non-governmental organizations to address research needs.

The Committee was told that the federal investment in aging research through CIHR's Institute of Aging was \$122 million in 2009–2010. Of this, \$44 million were awarded in 2010 to support Canadian diabetes research, and additional funds to support research related to cancer, heart disease, and stroke.³² Several witnesses mentioned the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA), one of CIHR's strategic initiatives. The CLSA will follow a cohort of individuals aged 45 years and older for 25 years to help understand the evolution of disease, and the psychological attributes, function, disabilities and psychosocial processes that accompany aging. The Committee heard that, to date, \$38 million have been invested through CIHR along with \$15 million from provincial and other partners.

The Committee heard that CIHR has been active in promoting research in the areas of health promotion and disease prevention. In addition to ongoing investment in obesity research, CIHR indicated that it funds research into disease prevention through its various institutes, as well as health promotion generally, and more indirectly, on food and nutrition research. In November 2010, CIHR's Institute of Nutrition, Metabolism, and Diabetes held a workshop entitled "Advancing Food and Health Research Priorities in Canada", which aimed to identify gaps in research.

To increase the capacity of Aboriginal communities to act as partners in the creation, oversight and application of research to reduce the health disparities among Aboriginal Peoples, the Committee heard that CIHR has developed the "Pathways to Health Equity for Aboriginal Peoples".

The Committee was also told about the *Canadian Community Health Survey* administered by Statistics Canada which collects information related to health status, health care utilization and social determinants of health of the Canadian population. The survey focused on nutrition in 2004 and it will be repeated in 2015.

Finally, members were told that, in July 2010, the federal government announced an \$8.2-million investment over five years in *CIHR Strategic Teams in Applied Injury Research*. Five injury research teams are funded under this investment and will conduct research on childhood injuries.

The Committee heard a range of concerns, as well as a number of suggested approaches, from several witnesses over the course of the Committee meetings. These issues are outlined below.

C. Issues Pertaining to Chronic Diseases Related to Aging

1. Provincial Role in Training, Remuneration and Scopes of Practice of Health Professionals

Some witnesses voiced their strong concern over inadequate training of health professionals to properly identify, treat and manage chronic disease in the elderly. These concerns included not only an inadequate supply of physicians who specialize in the care of the elderly (geriatricians), but also the failure to provide adequate training to general practitioners for the care of elderly patients. For example, members were told that there are only 200 geriatricians in Canada, but that the need is currently for 500-600 and they were cautioned that this need will only increase as the population ages.³³ Similarly, the Committee was told that by 2020, there will be a 35% shortage of respirologists.³⁴ The suggestion was raised that medical training should focus less on specialties associated with acute care.³⁵ The salaried remuneration model for geriatricians, as opposed to the fee-for-service model used for most other practitioners, was presented on one hand as a disincentive to enter the specialty,³⁶ but on the other hand, the Committee heard that evidence suggests a fee-for-service model does not encourage interdisciplinary care or the best care.³⁷ Witnesses indicated that, in terms of training and continuous education, aging is not sufficiently addressed for physicians and other health professionals.³⁸

The Committee heard that improved training of health professionals, particularly in the provision of chronic care for the aged, is being addressed through a five-year initiative in Ontario called the *Associated Medical Services Phoenix Project: A Call to Caring*. The project was described as addressing the need to balance compassion and technical expertise in the provision of patient-centred care.³⁹ It also heard that this approach, within a health promotion and disease prevention model, has been proposed by the Association of Faculties of Medicine of Canada to address the evolving training needs of future medical practitioners in response to the increasing burden of chronic disease and the aging population. Witnesses commented also on access to primary care and stated that not only is there a shortage of physicians specializing in geriatric care, but also of physicians being trained for general practice. The Committee was told that as many as 6% of Canadians who suffer from at least one chronic disease related to aging do not have access to a primary care physician.⁴⁰

While scope of practice is under provincial jurisdiction, it was raised by pharmacists and paramedics as a way to better utilize health resources. Pharmacists were described as an accessible health care provider in the community. The Committee was told that, as such, they are well suited to provide a “medication management service” through which they assist in chronic disease management by providing comprehensive medication information, monitoring individuals for adverse drug reactions, addressing issues of compliance with medication regimens and communicating with the health providers when identifying problems and proposing alternate therapies. Members were also told that inclusion of pharmacists within a collaborative model of health care, which is discussed in greater detail later on, has the potential to produce a cost saving to the health care

system. As well, pharmacy-based screening programs such as the one in place for blood pressure monitoring in Ontario, can reduce hospital admissions.⁴¹

Paramedics were described to Committee members as the third largest health care provider group in Canada. The Committee heard that community paramedicine, which would require an increased scope of practice in some cases, permits paramedics to provide non-emergency patient care –both preventative self-care and rehabilitation care, within the community. The argument was presented that effective care transition from hospital back into the home through community paramedicine could reduce readmissions to hospital, which currently stands at 15% within 30 days of discharge. Similarly, community paramedicine was presented as an effective way to divert 911 calls and reduce emergency room visits, as well as a means of keeping elderly patients in their homes, as opposed to a hospital bed, while they wait for long-term care placement.⁴²

2. Need for Language, Ethnic and Cultural Sensitivity

The issue of ethnic and cultural sensitivity and the need to provide services in the appropriate language was put forward. While the issue was raised as to whether there is an obligation in Canada to provide health and social services in both official languages, Committee members also heard that in cases of dementia, which affects one in eleven seniors,⁴³ a person's capacity for their second language is one of the first things to be lost.⁴⁴ Similarly, members were informed about the need for interventions by family or other caregivers when language becomes a barrier.⁴⁵

In terms of demographics of ethnicity, the Committee was told that the urban Canadian population has become progressively more ethnically diverse in the last two decades, and this trend is expected to continue.⁴⁶ The Committee was informed that the Chinese community is one of the largest ethnic groups and as such, has served as the first group for which culturally sensitive models of service delivery have been developed. It was explained that it is not so much health care needs that are unique to any particular ethnic group, but rather the manner in which they respond to a particular strategy.⁴⁷

Finally, Committee members heard that the recognition of foreign credentials with respect to health professionals coming to Canada provides an opportunity to broaden Canada's base of health professionals who can also contribute necessary language and cultural knowledge.⁴⁸

3. Managing Those Affected by Chronic Disease

Several witnesses commented on the complexity of managing elderly patients with chronic disease. As indicated earlier, the majority of seniors suffer from at least one chronic condition and take at least one prescription drug, while a significant proportion are affected by several and have been prescribed multiple medications.

The Committee heard from witnesses who spoke about the burden of various chronic conditions. Members were told that there is a strong link between age and type 2 diabetes, and that being 40 years of age or older is a key risk factor to developing the

disease, followed by overweight and a sedentary lifestyle. The Committee was told that the prevalence of diabetes is increasing, affecting 7.6% of the population currently, but expected to rise to 11% of all Canadians by 2020. Factoring in those at risk of developing diabetes means that currently, 1 in 4 Canadians is affected and that this is expected to increase to 1 in 3 by 2020. Similarly, there is a significant cost to the health care system. Committee members heard testimony that the current cost is \$11.7 billion, and that this is expected to increase along with the condition's prevalence to \$16 billion annually. Of particular note is that 80% of this cost is associated with the complications arising from diabetes, namely heart attack and stroke, kidney disease, blindness, amputation, and depression.⁴⁹ However, the Committee was told that the aging of the population accounts for an increase of only 1% in the cost of health care services.⁵⁰

The Active Living Coalition for Older Adults has received funding from Health Canada and PHAC to develop information resources to help older adults understand that chronic diseases, including diabetes, are often associated with lifestyle. Information about how seniors can modify their lifestyle is provided by the Coalition to community leaders and offered to older people in their communities.⁵¹

The Committee heard that cancer, which is now considered a chronic disease due to improvements in treatment and management, is also age-related and increasing in prevalence. It was told that between 2007 and 2031, the number of new cancer cases is expected to increase by 71%. About 30% of deaths are caused by cancer.⁵² Funding for the Canadian Partnership Against Cancer, which was created by the Government of Canada in 2007, has been extended another five years from 2012 to 2017. While 50% of patients with cancer will die from the disease, patients and families are often not prepared for end-of-life decisions and conversations. The Committee was told that the Canadian Partnership Against Cancer works with the Quality End-of-Life Care Coalition of Canada's blueprint for action, in order to advance palliative care in the country.⁵³

Heart attacks and stroke, or cardiovascular disease, account for slightly less than 30% of deaths overall; however, they are the leading cause of death and disability among Canadians 65 years and older. The Committee heard that age is the single largest predictor of stroke and that probability of stroke begins to rise at age 55 and doubles every decade thereafter. Members were told that, while 50,000 Canadians are hospitalized with stroke each year, five to ten times as many suffer smaller strokes for which medical attention is not sought, even though they produce some level of disability. The Committee was told that the increasing prevalence of obesity and diabetes, combined with the aging population, will contribute to an increase in cardiovascular disease in the years ahead.⁵⁴

Committee members heard that respiratory illnesses also become considerably more prevalent among seniors. Some statistics that were presented included: 80% of lung cancers occur in people over 60 years of age; prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD, previously known as emphysema) among people 65-74 years old is triple that for those 35-44 years old; lung diseases currently cost \$15 billion annually and this is expected to increase to \$27 billion annually by 2020; COPD is a contributing factor in 50% of influenza-related deaths; and the prevalence of lung disease will increase by 33-41% in the next 30 years.⁵⁵ To achieve the goal of concerted, coordinated action, the

federal government has partnered with the lung health community in a National Lung Health Framework. Under this framework, an action plan has been developed to improve lung health by focussing on improvements in prevention, diagnosis and treatment. The Committee learned that following an initial strategic assessment of the current state of awareness of lung disease in Canada, it will now undertake targeted actions that are expected to have a significant impact on reducing lung disease.⁵⁶

Witnesses also spoke of the burden of musculoskeletal diseases, including arthritis and osteoporosis. Arthritis was presented as the most frequent cause of disability, affecting one in six Canadians, or 4.5 million people. It affects about 1.7 million seniors. Musculoskeletal diseases are also linked to other chronic diseases. The Committee heard that they can directly impact a person's capacity for physical activity, thereby having a negative effect on overall fitness level, body weight, diabetes and mental health.⁵⁷ In addition, the Committee was told that musculoskeletal diseases not only affect individuals, but they also carry significant implications on the collective workforce. This reduced capacity for physical activity and increased mental health risk results in a lower level of productivity and decreased participation in the labour market. This makes musculoskeletal diseases among the most costly diseases in Canada.⁵⁸

Chronic pain was addressed during this study as an issue that should be included when studying chronic diseases related to aging. Members heard that one in five Canadians lives with chronic pain, and this prevalence increases with age. Chronic pain is often under-diagnosed and under-managed. As in the case of musculoskeletal conditions, chronic pain affects many aspects of everyday life. They negatively impact physical activity and social interactions, thereby contributing to lowered fitness levels, increased body weight, increased incidence of diabetes, increased heart disease and stroke, and increased incidence of depression.⁵⁹

The complexity of managing patients with multiple chronic diseases was expressed by several witnesses. The Committee heard that as many as one in four seniors aged 65–79 years has at least four chronic conditions, and this increases to one in three for those aged 80 years and older.⁶⁰ It was also noted that these co-occurrences are not necessarily age-related but life-style related, that is, the lack of physical activity and excess weight are associated with increased risk of several chronic conditions including heart disease, diabetes and some cancers.⁶¹ Several factors are responsible for making the effective management of these patients complex. There is the overall diminished capacity to tolerate and respond to drugs with advancing age,⁶² the increased probability for adverse reactions to drugs and negative impacts of one drug on another,⁶³ the increased incidence of over-medication,⁶⁴ diminished capacity to articulate symptoms and other concerns when compromised by mental health issues, difficulty in obtaining an overall picture of care when there are multiple caregivers. This is further complicated by a lack of electronic health records, and reduced compliance with treatment regimens due to financial and mobility limitations. Members heard that untangling the symptoms of physical illnesses from those of mental illnesses requires proper training. As a consequence, treatable conditions often go undiagnosed and untreated.⁶⁵ The Committee was told that financial limitations not only compromise the patient's capacity for out-of-pocket expenses

associated with their medical and long-term care, but also impact the individual's ability to buy nutritious food, participate in community events and remain physically active.⁶⁶

With respect to the challenge of adverse drug reactions, the Committee heard of the e-therapeutics+ initiative of the Canadian Pharmacists Association. Under this initiative, all Health Canada advisories are posted to disseminate this information to health professionals.⁶⁷ The Committee also heard of various initiatives that address the concerns of physical and social participation amongst older Canadians, which are discussed later in this section under "Social Determinants of Health".

4. Increased Focus on Mental Health

Concern for the mental health of Canada's seniors was frequently mentioned throughout this study. Witnesses urged the inclusion of seniors' mental health when considering the issue of chronic diseases.⁶⁸ The Committee was told that an individual with mental health issues is not going to take much interest in their other health problems. As such, it heard, there is little need to develop strategies to deal with other physical health concerns if we do not first learn how to address mental health concerns.⁶⁹

Dementia, including Alzheimer's disease and associated conditions, was referred to as the godfather of chronic disease. Members were told that, while dementia in its many forms has a large impact on health care, it has an even larger impact on alternative levels of care.⁷⁰ Members heard that currently, 500,000 seniors suffer from dementia and that this is expected to rise to 1.1 million by 2038. In terms of prevalence, this represents an increase from 1.5% to 2.8% of the overall population, although dementia is diagnosed primarily in seniors.⁷¹ Several witnesses emphasized that measurement of dementia's prevalence does not accurately measure its actual impact, as it also adds a significant burden on caregivers in terms of stress, depression and burnout.⁷²

Members were told that dementia is the most common reason for transferring patients from acute hospital bed spots to alternate levels of care. It was explained that seniors are generally able to manage their chronic conditions until they are affected by dementia. At that point, self-management is difficult and the individual enters a cycle of hospitalization, stabilization, discharge to home, poor self-management, deterioration in health, and re-admission to hospital. The Committee heard that this cycle often repeats itself unnecessarily as health professionals fail to identify the mental health issue.⁷³ As a result of this association, many provinces have developed their own Alzheimer's strategy, some under a broader seniors' strategy. The Committee heard that there is ongoing work in jurisdictions across the country in terms of serving people with Alzheimer's and keeping seniors healthy and their minds active.⁷⁴

Depression was frequently mentioned as a significant mental health issue among the elderly. Members were told that as much as 15% of seniors who live in the community suffer from depression.⁷⁵ However, the Committee heard that this proportion increases to as high as 80–90% within long-term care facilities. WHO statistics project that, by 2020, depression will rank second with respect to both productive and potential life years lost. Witnesses spoke of the most tragic complication of depression: suicide. The suicide rate

among men aged 90 years and older was stated as being 33.1 per 100,000, almost double the average across all age groups.⁷⁶ Risk factors for suicide include the chronic conditions discussed above.

The Committee heard that some work has been done with older adults by creating user-friendly brochures to educate them about depression and other common mental health issues. This initiative will help to remove the stigma of mental illness, to allow seniors to identify symptoms and to help people feel more comfortable about raising the issue with their physicians and ask for help.⁷⁷

The Committee was told of the Seniors Advisory Committee of the Mental Health Commission of Canada and of its contribution to Commission's Mental Health Strategy, which was subsequently released on 8 May 2012. The Advisory Committee has developed guidelines for comprehensive mental health services for older adults. Members heard that research regarding health service delivery has also focussed on mental health.⁷⁸ Research has also been exploring the role of physical activity as well as social participation and their positive effects on mental health.⁷⁹

5. Personal Responsibility and Self Care

Several witnesses commented that chronic disease is not an inevitable consequence of aging.⁸⁰ Healthy living, including nutritious diet, active lifestyle and the avoidance of unhealthy or risky behaviours, goes a long way in preventing or delaying the onset of chronic diseases. Witnesses indicated that the majority of seniors are able to remain in their home and maintain a level of independence for most of their life. This includes retaining control over their health care and managing any necessary treatment in consultation with their health care providers.⁸¹

The Committee heard about initiatives that encourage older Canadians to maintain a physically and socially active lifestyle. As mentioned earlier, Canada participates in the Age-friendly Communities initiative, developed by the WHO. This initiative, which is particularly active within Quebec, provides leadership to communities to improve their suitability to older Canadians for adopting healthy, active lifestyles. Central to this is a focus on social participation. This was described as being essential to an overall sense of belonging and contributing to society, which in turn has a positive effect on overall physical health, reduces depression and helps to slow down cognitive decline.⁸² It was also suggested that cognitive stimulation can, in some instances, outperform medication.⁸³ The Canadian Partnership Against Cancer has also designed an initiative which looks at healthy communities called Coalitions Linking Action and Science for Prevention.⁸⁴ Similarly, Canada's Active Living Coalition for Older Adults promotes, through partnerships with national, provincial and local organizations, active lifestyles among seniors as a means to contribute to their overall well-being. This is done through increasing public awareness of the benefits of an active lifestyle, providing resources and social supports to older adults to encourage uptake of healthy lifestyles, and identifying, supporting and sharing research priorities.⁸⁵ Finally, the Canadian Chiropractic Association spoke of the *Best Foot Forward* program, a campaign aimed at seniors that provides strategies for preventing falls, along with promoting balance and strength.⁸⁶

In addition to the personal responsibility for adopting healthy, active lifestyles in support of preventing and delaying the onset of chronic conditions, witnesses spoke of the need to promote self-care in the management of health issues. Self-care was described as a means of empowering seniors and their caregivers to be active partners in disease management.⁸⁷ It was suggested that there should be public awareness campaigns which promote active self-care to encourage all Canadians and communities to take responsibility for their own health, as well as national guidelines specific to the self-care of various chronic conditions.⁸⁸

In addition to promoting personal responsibility by embracing healthy lifestyles to prevent or delay the onset of chronic disease, and by adopting self-care practices and taking ownership of an individual's health issues, the Committee also heard from the insurance industry that Canadians should take personal responsibility when it comes to coverage for long-term care. They suggested it was the individual's responsibility to plan for this possible eventuality, either through personal savings or private long-term care insurance coverage.⁸⁹

6. Community-based Care

As the Committee heard, the majority of older Canadians live independently in their homes, and want to remain there. It was told that only 7% of Canadians over 65 years of age reside in health care institutions⁹⁰ and that between 20 and 30% of long-term care residents do not have to be in those institutions. It was informed that often, they are there because they cannot perform the activities of daily living, but cannot afford assisted living within a seniors' residence.⁹¹ In fact, there is often no compelling reason to send many of our seniors to long-term care in terms of health needs.⁹² Witnesses urged improved community-based services, including home care, as a means of reducing hospital and emergency room visits and allowing seniors to remain in their homes and live independently for as long as possible.⁹³

In terms of community-based care, the Committee heard that the system needs to be strengthened through improved integration of services and better utilization of the scopes of practice of all health care professionals and home care providers.⁹⁴ Witnesses suggested that community-based services could include mobile health clinics, after-hours services, home visits, community outreach programs, paramedicine for non-urgent care, medication management service by pharmacists and mobile emergency nurses to respond to non-urgent calls.⁹⁵ Members heard that there are also Scandinavian models of community-based care that Canada could look to for direction.⁹⁶

Several witnesses commented on the need to improve provision of home care services as one element of community-based care. It was pointed out that the need for comprehensive, publicly-funded home care has been highlighted previously, such as in the reports of the Royal Commission on the Future of Health care entitled *Building on Values — The Future of Health care in Canada*⁹⁷ and of the Special Senate Committee on Aging entitled *Canada's Aging Population — Seizing the Opportunity*.⁹⁸ They noted that the 2004 Health Accord provided for specific focus on home care but indicated that this has not yet been adequately addressed.⁹⁹

Members were told that currently, home care services are focussed on post-hospital recovery as opposed to chronic disease management.¹⁰⁰ They heard that the health care system revolves around acute care within hospitals and clinics and does not extend to continuing care to address quality of life issues for individuals with chronic conditions.¹⁰¹

It was suggested that this involves not only regulated health professionals but also better support for informal caregivers. Some witnesses acknowledged the recent federal incentives, including extended employment insurance benefits on compassionate grounds for caregiving purposes, as well as the non-refundable tax credit. Others called for additional caregiver support, such as training and education, which falls under provincial jurisdiction.¹⁰² It was suggested that such training could include patient care issues as well as training to assist caregivers in navigating the health system.¹⁰³ As mentioned above, stress, fatigue and burnout of informal caregivers have emerged as concerns when considering the care of those with chronic, as well as terminal, conditions. The Committee heard that extended benefits to caregivers should include mental health supports and providing respite, which also fall under provincial jurisdiction.¹⁰⁴

With the aging demographics, the need for long-term beds will increase. As discussed, one way to mitigate this is to make better use of home and community care resources, so that those who have been admitted to long-term beds are those who need to be there. Witnesses also commented that this will result in shorter stays for individuals within the long-term care setting. The Committee heard that progress has been made in this regard. Committee members were told that seniors who are transferred to long-term care facilities are spending the last one to two years of their life there.¹⁰⁵ This is shorter than has been the case in decades past when stays averaged 8-10 years. Nevertheless, witnesses emphasized that optimized community-based care could effectively reduce this stay even more¹⁰⁶ and that ultimately, residence in long-term care facilities or nursing homes should be only a few months.¹⁰⁷ Achieving this outcome, however, is inhibited given that long-term care has the lowest proportion of funding of any sector in which health care is provided, the fewest number of researchers interested in the field, and the lowest rates of research funding.¹⁰⁸

7. Social Determinants of Health

Committee members heard that the onset of chronic illness, in addition to being linked to unhealthy living habits, is also linked to an individual's biological and genetic makeup and social environment. The social environment was described as including social determinants of health, namely income status, education level, housing and social isolation.¹⁰⁹ Witnesses spoke of the important role played by housing and income status as a determinant of a person's health. Committee members heard of the burden of out-of-pocket expenses for care and treatment of chronic conditions¹¹⁰ for many seniors, and that investment in social housing would have a direct impact on health status.¹¹¹ In a broader context, members were told that the health of older adults is being analysed in relation to social inequalities. Research shows that these inequalities become more pronounced as a person ages, such that those individuals at more of a disadvantage with respect to social determinants of health bear an even greater than expected health consequence. This was

referred to as “accumulated disadvantages”.¹¹² Members were told that, with respect to caring for older persons living with chronic conditions, it is not possible to separate health from social services.¹¹³

8. An Integrated, Multi-sectoral Approach to Health care

Several witnesses emphasized the need to transform the current acute care model of health service delivery to one which better accommodates the needs of those struggling with chronic conditions, particularly the elderly. Witnesses also talked about the need to expand the scope of primary care beyond simply family practice.¹¹⁴ It was explained that such a change in policy would require a shift from involving mainly acute disease to including the significant role of chronic disease, and in so doing, needs to move away from institution-based care to a network of health care.¹¹⁵ They described the integration of a variety of services delivered by a range of sectors within society.¹¹⁶ Within the health sector, witnesses insisted that silos need to come down so that all health professionals can work collaboratively in the best interest of individuals in need of the complex care required for effective management of chronic conditions.¹¹⁷ In terms of integrating other sectors, witnesses spoke of the unique needs of the elderly with chronic conditions and urged continuing care services which may not currently be considered as medically necessary.¹¹⁸

An inter-disciplinary model of care involving the integration of services provided by a range of health professionals was presented as essential in providing the complex care required for older adults with chronic conditions. The Committee heard that such a model of care would be best suited to support patients as they struggle to manage their own health needs and maintain a good quality of life.¹¹⁹ Members were told that such a team-based model would have to be patient-focussed and work seamlessly out in the community,¹²⁰ as well as within health centres, senior residences and long-term care settings.

Models of integrated care for the elderly have been designed and implemented both within Canada and elsewhere. Committee members heard about two research programs in Quebec, the SIPA (System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities)¹²¹ and PRISMA (Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy)¹²² models of integrated care for the elderly. The SIPA model integrates institution-based and community-based care and has been shown to increase patient satisfaction. The PRISMA model also involves interdisciplinary teams with case managers, and aims to keep people at home longer. The Wagner Chronic Care Model,¹²³ which has been designed specifically for chronic care, views chronic disease management as part of the health and social care delivery system. In this model, health care is completely integrated within community services and aims to empower patients in terms of decision-making and self-management. Witnesses spoke of patient-centred care and suggested that it could include a funding model in which the money follows the patient.¹²⁴ Finally, the Committee was told that this integrated approach to health care is required by 5-8% of the elderly population living in private homes and in the community.¹²⁵

Witnesses suggested that an efficiently integrated system would include utilizing all health professionals to the full scope of their practice.¹²⁶ The Committee heard that non-urgent paramedic services, or community paramedicine, could reduce pressure on the acute care system.¹²⁷ Paramedics could be integrated into a chronic care model in which they provide post-surgical home care, chronic disease monitoring, routine assessments and health education so that patients are better able to self-manage. The integration of pharmacists within a chronic care model was presented as a valuable addition for monitoring of adverse reactions, providing medication management services and providing health and medication information to patients.¹²⁸

Several witnesses indicated that true inter-disciplinary care will require the development and implementation of information systems, including electronic health records and electronic prescribing systems.¹²⁹ The Committee heard that all community health providers should have access to all necessary information regarding any given condition and about any individual in their care.¹³⁰ These were presented as essential to increasing efficiencies within the health care system and to improving continuity of care.¹³¹

The multi-sectoral model incorporates the inter-disciplinary approach, or team-based care, within a broader “whole of society” approach involving a variety of non-health related services. Witnesses commented that many seniors require social services in order to manage their health and live independently. House cleaning, meal preparation, transportation, built infrastructure to encourage and facilitate active living, were some of the examples raised. Witnesses felt that any changes to the way health and social services are provided must not penalize seniors with lower incomes.¹³²

The Committee heard that 5% of people currently utilize 50% of the health care resources, primarily those who are elderly with chronic conditions.¹³³ Further, it was told that home care is 40–75% less costly than institutionalized care.¹³⁴ Finally it heard that there are improvements to the quality of care when health providers are integrated and utilized to the full scope of their professions, and that research has suggested that such a system could be established with no additional funds.¹³⁵ The Committee was told that the current model does not accommodate the aging population, no matter how much it is massaged or adjusted. In order to be responsive to the needs of Canada’s aging population, members heard, there needs to be a fundamental change to clinical and professional practice.¹³⁶

The Committee heard about the Translating Research in Elder Care Program, or TREC, which is a five-year, \$5 million study funded by the CIHR to explore the conditions in nursing homes in three provinces – Alberta, Saskatchewan and Manitoba. TREC analyzes the factors that influence the use of best practices and determines how their use influences resident as well as system outcomes. Resident outcomes include quality of daily life, quality end-of-life and safety issues. System outcomes include support for family and caregivers, improved care practices, and identification of strategies to engage and mobilize front-line staff to work on and improve care practices.¹³⁷

D. Issues Pertaining to Chronic Disease Prevention through Health Promotion

1. Healthy Eating and Healthy Weights for Children

Witnesses commented on the negative health implications associated with sodium and *trans* fat in food. The Committee heard about the *Trans Fat Task Force* which was co-chaired by Health Canada and the Heart and Stroke Foundation of Canada.¹³⁸ This task force, created in 2005, was a multi-stakeholder group whose role was to provide recommendations and strategies to the Minister of Health to eliminate or reduce the amount of processed *trans* fat in prepared foods. Its report, “TRANSforming the Food Supply”, was submitted to the Minister in June 2006, and made several recommendations in the areas of regulations, incentives and research.

Witnesses informed the Committee that as much as 80% of the foods and beverages marketed to children are unhealthy – either high in fat, sugar or salt, or low in nutrients.¹³⁹ The Committee heard that the *Canadian Children’s Food and Beverage Advertising Initiative*,¹⁴⁰ which was launched in 2007, encourages the marketing of healthy food choices and discourages the marketing of unhealthy food choices specifically to those under 12 years of age. It is endorsed by 19 food and beverage companies. Additionally, members were made aware of the *Long Live Kids* initiative created by Concerned Children’s Advertisers. It encourages healthy eating, active living and improved media literacy among children.

Some witnesses talked about Quebec’s *Consumer Protection Act* and that it is the only law in Canada that prohibits advertising directed at children.¹⁴¹ Quebec has one of the lowest soft drink consumption rates in Canada and the lowest obesity rate among children aged between 6 and 11.¹⁴² Some witnesses recommended adopting Quebec’s ban on marketing and advertising of unhealthy food to children,¹⁴³ not only in television, but also in other media such as Internet.¹⁴⁴ A few suggested that escalated and sustained action is needed to promote healthy weights for children and youth using a multi-pronged approach.¹⁴⁵

2. Physical Activity and Youth Injury

Several witnesses commented on the need to encourage and facilitate more physical activity and members were told of some of the initiatives undertaken by various organizations in this regard. ParticipACTION described its *Sports Day in Canada*, which was held in September 2011, to celebrate all sport from grassroots to high-performance levels. Members were also told about ParticipACTION’s *Sogo Active* program, a physical activity movement to help young Canadians between the ages of 13 and 19 become more active. The Canadian Association of Occupational Therapists described the active-living guide that it is being developed in collaboration with university researchers.

Physical and Health Education Canada (PHE Canada), in partnership with GoodLife Kids Foundation, discussed its initiative to support schools and communities in developing and delivering after-school programs that emphasize physical activity. PHE

Canada works with educators and professionals to develop the resources, tools, and supports to ensure that every Canadian child acquires the knowledge, skills, and habits to be physically active. The Committee was told that PHE Canada is developing a pilot initiative for children and youth to provide the resources and tools for teachers to assess levels of physical literacy. Finally, the Committee was told that ParticipACTION, in partnership with PHE Canada and other stakeholders, is launching Active Canada 20/20, a national strategy for physical activity.¹⁴⁶

In terms of provincial strategies, the Committee heard about *Québec en Forme*, which was created in 2002 by the Lucie and André Chagnon Foundation and the Quebec government, to promote healthy living among disadvantaged children aged between 4 and 12 years old. Finally, the Committee heard about the *Toronto Charter For Physical Activity: A Global Call for Action*.¹⁴⁷ The Charter is a call for action and an advocacy tool to create opportunities for physically active lifestyles for all. The four key areas of the Charter are: the implementation of a national policy and action plan, the introduction of policies that support physical activity, the reorientation of services and funding to prioritize physical activity, and the development of partnerships for action.

Some witnesses shared concerns about youth injuries and asked the federal government to assume a more active role. While the recently enacted *Canada Consumer Product Safety Act* was applauded, the establishment of a national strategy for child and youth injuries and injuries across the lifespan was suggested.¹⁴⁸ The pillars of this strategy would be research, public awareness and policy. The Committee was told that resources and funds allocated to health research on injury were small compared to the economic and social burden associated with injury.¹⁴⁹ Moreover, the Committee heard that there would be a high return on investment of effective strategies for injury prevention, namely the lives saved and the reduction of health care costs.¹⁵⁰

3. Health Promotion and Disease Prevention Investments

The Committee was told that, for the 2011-2012 fiscal year, all levels of government combined allocated 0.9% of total public health spending on health promotion, physical activity and sport.¹⁵¹ The Committee was informed that increasing this investment to 5% would bring savings to the health care system in the medium term.¹⁵² In this regard, members were told that a recent study in the United States suggested that, within 25 years, investment in prevention would prevent premature deaths due to chronic conditions and reduce overall health care costs.¹⁵³ The Committee heard that the federal government should adopt a health promotion and disease prevention vision that engages individuals and community in healthy living activities and provides leadership.¹⁵⁴

Members were told that persuasive technology on mobile devices has recently emerged as a promising approach to health promotion and disease prevention.¹⁵⁵ The goal is to design technology that can encourage change in human behaviour or attitudes without using coercion or deception. Such technology could reach a large proportion of the population since the penetration rate of mobile devices in Canada was around 70% in 2010.¹⁵⁶

E. Suggested Areas for Federal Action

Several witnesses acknowledged that the provision of health and social services is primarily the responsibility of the provinces and territories. However, a number of suggestions were made about the actions that could be taken by the federal government in the areas of health promotion, chronic disease prevention and disease management. These are outlined below.

1. Legislation

Some witnesses suggested that the *Canada Health Act* is too restrictive.¹⁵⁷ The Committee heard that the focus should not be limited to acute care but rather, that home care should also be considered as medically necessary under the Act.¹⁵⁸ Similarly, the Committee heard that there should be a statute governing continuing care, a *Long-term Care Act*, which would cover community and residential care and include the same principles as the *Canada Health Act*.^{† 159} Members were told that dedicated resources for home care initiatives would provide Canadians with the option of receiving care in their home, and in doing so, would reduce the reliance on costly acute care services.¹⁶⁰ The Committee was told that a publicly-funded model mandated through federal legislation may be more efficient in terms of health outcomes than a private, for-profit model, or a mixed model of both publicly-financed non-profit and private, for-profit provision of services.¹⁶¹

2. Regulation

Members heard that healthy eating habits could be better encouraged if some changes were made to the food labelling regulations. In this regard, testimony was given that front-of-package nutrition labelling should be required. Front-of-package labelling was described as a means to help Canadians make nutritious choices. The “Nutrition Facts table” currently required on pre-packaged food was portrayed as unnecessarily complicated. The Committee was told that concise front-of-package information could be implemented, as it has been in some other jurisdictions. Such labelling would allow consumers to quickly scan food packages for nutrition information, such as whether the salt or fat content of a food is considered low, medium or high.¹⁶²

3. Health Transfers and the Health Accord

Several witnesses who appeared before the Committee drew attention to the anticipated discussions for the renewal of the Health Accord in 2014 as a strategy for addressing age-related chronic disease. Some witnesses suggested that the renewal of the Health Accord in 2014 presents an opportunity for federal leadership by investment in

† The five principles of the *Canada Health Act* are described in articles 8-12 and are: public administration, universality, comprehensiveness, portability and accessibility.

health transfers,¹⁶³ particularly in key priority areas, such as home care, pharmacare and continuing care.¹⁶⁴ While the use of a Health Accord to promote accountability, pan-Canadian standards, federal leadership and multijurisdictional coordination was suggested by witnesses, they also specified how the Health Accord could be used to mitigate the impacts of chronic disease related to aging. For example, the Health Accord could encourage a variety of reforms such as: integrated health services that utilize various types of health care providers;¹⁶⁵ technological advances like electronic health records to encourage collaboration among health professionals;¹⁶⁶ primary care reform to include the integration of homecare and community care services;¹⁶⁷ nationally coordinated disease prevention and health promotion strategies;¹⁶⁸ and dedicated funding to stimulate best practices, innovation, and research.¹⁶⁹

Some witnesses argued that implementing these changes would reorient Canada's current health care system to become more attentive to the changing needs of Canadians and make better use of available health services.¹⁷⁰ As a result, witnesses suggested, the health care system would become more accountable, efficient and cost-effective.¹⁷¹

4. Research

The Committee heard from several witnesses representing the research community. Testimony was offered outlining the important research underway as well as on research gaps that need to be filled. Members heard that CIHR's Institute on Aging has incorporated an integrated approach because health policy decisions on re-structuring health service delivery must be evidence-based.¹⁷² Members were told of a number of areas where additional research is required, such as in strategies for extending independent living,¹⁷³ the provision of long-term care,¹⁷⁴ the utilization of health professionals to the full scope of their practice,¹⁷⁵ and the integration of health and social services for the elderly.¹⁷⁶ In terms of health promotion and disease prevention, witnesses commented on the need to do more research on how to get people to change habits in favour of healthier lifestyles.¹⁷⁷

5. National Strategies

Several witnesses described national disease-specific strategies that have been implemented such as the Canadian Stroke Strategy,¹⁷⁸ the National Lung Framework,¹⁷⁹ the Canadian Strategy for Cancer Control implemented through the Canadian Partnership Against Cancer,¹⁸⁰ the Canadian Diabetes Strategy,¹⁸¹ the Canadian Heart Health Strategy,¹⁸² and the National Pain Strategy, which is expected to be announced soon.¹⁸³ The Committee also heard about the National Mental Health Strategy¹⁸⁴ (including a strategy for neurological diseases), which has subsequently been released. While several of these are funded under the F/P/T governments' collaborative approach to chronic disease and healthy living, some witnesses emphasized that for individuals affected by more than one chronic condition, primarily the elderly, management of chronic diseases is more complex than the sum of its parts. As such, the Committee heard, a National Strategy for Healthy Aging should be developed. It heard that a comprehensive pan-Canadian healthy aging strategy should include measures to foster health promotion and early detection of disease, promote health promotion and disease prevention strategies

through healthy lifestyles, support formal and informal caregivers, address the determinants of health, facilitate better access to health services, including appropriate continuing and end-of-life care, and help keep people in their homes longer.¹⁸⁵

With respect to healthy living, several witnesses suggested areas where the federal government could increase its involvement. These included the development and implementation of a Canadian food and nutrition strategy for a healthy and safe food supply, including food security for all Canadians.¹⁸⁶

6. Information Sharing and Best Practices

The Committee heard about knowledge translation – the translation of research into practice. Several witnesses commented on the need for the federal government to facilitate knowledge translation by providing a mechanism whereby information, including research results and best practices and innovations across jurisdictions, can be shared across the country.¹⁸⁷ Members heard that the creation of partnerships and national strategies have been useful tools in promoting the sharing of best practices.¹⁸⁸ Witnesses spoke of several successful regional projects and suggested that a robust mechanism is required for sharing these across Canada.¹⁸⁹ Members were told that it is difficult for provinces to make the policy changes needed in order to adapt the health care delivery system for chronic care, but that better sharing of information and best practices could facilitate it. In addition, members were told that CIHR's Institute on Aging has recently introduced a program called "Best Brains." This program brings researchers together with public policy figures in order to provide them with the available research evidence.¹⁹⁰ Finally, the creation of a Centre for Innovation on Aging was described as a means of facilitating the sharing of information and best practices, not only from regions across Canada, but also from jurisdictions globally.¹⁹¹

7. Integrated Care Model for Populations under Federal Jurisdiction

Several witnesses identified the groups for which the federal government has a responsibility for the provision of health care and suggested that it lead by example in implementing the changes necessary to transition from the current acute care model to one more responsive to the needs of those affected by chronic conditions.¹⁹² For example, members heard that veterans, First Nations on-reserve, Royal Canadian Mounted Police, and Canadian Forces should be provided with the full continuum of care, including integrated service delivery, to better prevent and manage chronic conditions.¹⁹³

The Committee was told that the Aboriginal population is disproportionately affected by diabetes and chronic respiratory and other conditions, and that an integrated approach in the delivery of health care would be beneficial.¹⁹⁴ However, the approach must be tailored to the population and be culturally sensitive.¹⁹⁵

8. Healthy Living Strategy for First Nations Communities

In relation to the federal groups, members heard that the federal government should strengthen and maintain its investments in healthy living for First Nation communities, with special attention given to northern and remote communities, since these populations bear the greatest burden of disease. The Committee was also told about the need for a coordinating mechanism for evaluation, synthesis, and mobilization of real-world evidence emerging from community-driven initiatives in local Aboriginal communities.¹⁹⁶

COMMITTEE OBSERVATIONS AND RECOMMENDATIONS

The Committee agrees that health promotion should begin early in life and must continue throughout a person's lifetime to reduce the risk of chronic disease in later years. Members also understand that, even in later life, health benefits can be garnered by exchanging old habits for healthier lifestyle choices. However, changing habits is no simple task. Members concur that a multi-pronged approach is necessary. While the federal government has a role to play, equally important contributions are to be made by other levels of government, health professionals, active living organizations, the food and fitness industries and individuals.

The Committee acknowledges that while personal responsibility cannot be ignored when it comes to healthy lifestyles, an individual's circumstances can often make it difficult to make the best choices. As such, members applaud PHAC's involvement in supporting projects that reduce health inequities brought about by disadvantages in the social determinants of health.

The Committee understands the concerns raised relating to the health needs of those suffering from chronic disease, particularly in the senior years. It is concerned about the prevalence of mental health issues and supports the efforts of the Mental Health Commission of Canada. The Committee looks forward to further consideration of the recently released Mental Health Strategy. Members encourage the provinces and territories to work closely with the Mental Health Commission to implement the Strategy.

Members agree that the management of elderly individuals who suffer from one or more chronic diseases can become complex and that an interdisciplinary approach to care may be optimal. Such an approach involves reforming the way in which primary care is currently delivered to individuals, particularly the elderly who suffer from chronic disease. It requires the creation of health teams, as well as expanding the scope of practice for some health professionals for better utilization of existing resources. The "whole of society" approach to care may often extend beyond that which has traditionally been labelled as health care services, and also involves domestic cleaning, help with meal preparation, transportation and changes to community infrastructure so as to encourage and facilitate active living. Informal caregiving plays an important role in this and the Committee is sympathetic to the call to provide additional supports such as training, education, mental health supports and respite.

While the Committee is supportive of these approaches, it would also like to emphasize that the role of the federal government should be one that focusses on leadership and collaboration to facilitate and encourage jurisdictions to adopt best practices wherever appropriate. In this respect, the Committee is encouraged by the recently announced health care innovation working group, a provincial and territorial initiative. The Committee agrees that the federal government can play a key role in encouraging the sharing of information and best practices. With respect to those groups for whom the federal government is responsible for health care, the Committee is supportive of the concerns raised by witnesses who suggested that an integrated approach to health care delivery should be implemented.

Therefore, the Committee recommends that:

The Minister of Health continue to engage the provincial and territorial Ministers of Health and Health Promotion/Healthy Living in a discussion about the need to adapt primary health care to a more interdisciplinary and multi-sectoral model;

The Minister of Health continue to engage with provinces and territories to share Best Practices on:

- **scopes of practice of health professionals;**
- **the potential use of health teams;**
- **multi-sectoral approaches to care that involve not only traditional health services, but also those social services necessary to maintain a good quality of life and manage health conditions; and that**

The Government of Canada continue to use integrated multi-sectoral approaches to care where needed and appropriate.

Considerable focus was placed on the research that is underway in Canada pertaining to health promotion, disease prevention and chronic disease management. While many witnesses commended the amount of work underway at the Canadian Institute for Health Information and CIHR, many also identified research gaps that still need to be filled, and called on the federal government to address them. In this regard, the Committee is pleased to see the efforts underway by the CIHR to identify strategic research priorities and commends the CIHR for encouraging research which will: enhance patient-oriented care; identify the pressures on the health care system due to the aging population and rising rates of chronic disease; and address the importance of leveraging resources by working collaboratively with other departments and agencies as well as non-governmental organizations. It suggests that research could also extend to health human resources research, as some witnesses stressed the need to increase the number of people being trained in certain specialties. Finally, witnesses discussed the importance of

translating research results into practice. The Committee agrees that research results need to be made accessible and useful to stakeholders.

Therefore, the Committee recommends that:

The Canadian Institutes of Health Research continue to support research that addresses chronic diseases;

Health Canada continue to work with relevant industry to encourage them to offer healthy choices to Canadians on a voluntary basis; and that

Health Canada continue to promote healthy lifestyle choices for all Canadians with the goal of making the healthy choice an easy choice.

Conclusion

During the course of its study, the Committee heard from various witnesses that healthy lifestyles, even adopted later on in a person's life, have a strong positive impact on the health status and can help to reduce the prevalence of chronic disease. In an effort to encourage Canadians to improve their health status, government officials and various national and local stakeholders informed the Committee of initiatives designed to promote and support healthy living, as well as to reduce the number of people affected by chronic disease. Reducing the burden of chronic disease through the adoption of healthy lifestyles requires primarily engagement by individuals. Nevertheless, initiatives from all levels of government are key to promoting healthy behaviours. Moreover, officials from CIHR and academic researchers presented their findings to the Committee on ways to address the burden of chronic diseases and to help people adopt healthier habits. The Committee encourages those who undertake research on chronic disease and health promotion, and looks forward to the translation of this work into improved health care. Finally, the Committee is confident that the federal government will continue to play a leadership role in encouraging jurisdictions to optimize their approach of promoting healthy living and managing the care of Canadians suffering from chronic diseases.

-
- 1 Public Health Agency of Canada (PHAC), *Evidence*, October 5, 2011
 - 2 PHAC, *Evidence*, December 5, 2011.
 - 3 Canadian Public Health Association (CPHA), *Evidence*, December 7, 2011.
 - 4 YMCA Canada, *Evidence*, December 12, 2011.
 - 5 Ibid.
 - 6 Centre for Science in the Public Interest (CSPI), *Evidence*, February 2, 2012.

-
- 7 ParticipACTION, *Evidence*, December 12, 2011; Canadian Institutes of Health Research (CIHR), *Evidence*, December 5, 2011.
- 8 Canadian Institutes of Health Research (CIHR), *Evidence*, December 5, 2011.
- 9 YMCA Canada, *Evidence*, December 12, 2011.
- 10 Martin Cooke, University of Waterloo, *Evidence*, February 9, 2012.
- 11 Physical and Health Education Canada (PHEC), *Evidence*, December 12, 2011.
- 12 ParticipACTION, *Evidence*, December 12, 2011.
- 13 Ibid.
- 14 Canadian Pharmacists Association (CPhA), *Evidence*, October 31, 2011
- 15 PHAC, *Evidence*, October 5, 2011
- 16 Mark Rosenberg, Queen's University, *Evidence*, November 28, 2011
- 17 Margaret McGregor, University of British Columbia, *Evidence*, November 30, 2011
- 18 Canadian Medical Association (CMA), *Evidence*, October 17, 2011; National Initiative for the Care of the Elderly, *Evidence*, October 31, 2011; and Public Health Agency of Canada, *Evidence*, October 5, 2011
- 19 PHAC, *Evidence*, October 5, 2011
- 20 CPhA, *Evidence*, October 31, 2011
- 21 CMA, *Evidence*, October 17, 2011
- 22 PHAC, *Evidence*, October 5, 2011
- 23 Canadian Nurses Association (CNA), *Evidence*, October 17, 2011
- 24 Ibid.
- 25 Canadian Chiropractic Association (CCA) and CNA, *Evidence*, October 17, 2011; Canadian Diabetes Association (CDA), Canadian Partnership Against Cancer, Heart and Stroke Foundation (HSF), and Canadian Lung Association (CLA), *Evidence*, October 19, 2011, Adult Living Coalition for Older Adults, *Evidence*, October 24, 2011, Elizabeth Badley, *Evidence*, November 2, 2011.
- 26 PHAC, *Evidence*, October 5, 2011.
- 27 Ibid.
- 28 Ibid.
- 29 PHAC, *Evidence*, October 5, 2011; Suzanne Garon, *Evidence*, October 31, 2011.
- 30 PHAC, *Evidence*, October 5, 2011.
- 31 CIHR, *Evidence*, October 24, 2011.

-
- 32 CIHR, *Evidence*, December 5, 2011.
- 33 Canadian Geriatrics Society (CGS), *Evidence*, October 17, 2011.
- 34 CLA, *Evidence*, October 19, 2011.
- 35 CMA, *Evidence*, October 17, 2011.
- 36 CGS, *Evidence*, October 17, 2011.
- 37 Dorothy Pringle, *Evidence*, October 31, 2011.
- 38 Sylvie Belleville, *Evidence*, November 30, 2011, CIHR-Institute of Aging, *Evidence*, October 24, 2011.
- 39 Associated Medical Services, *Evidence*, October 26, 2011.
- 40 Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011.
- 41 CPhA, *Evidence*, October 31, 2011.
- 42 Emergency Medical Services Chiefs of Canada, *Evidence*, November 28, 2011.
- 43 CGS, *Evidence*, October 17, 2011.
- 44 Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, *Evidence*, October 24, 2011.
- 45 CPhA, *Evidence*, October 31, 2011.
- 46 Mark Rosenberg, *Evidence*, October 28, 2011.
- 47 National Initiative for the Care of the Elderly, *Evidence*, October 31, 2011.
- 48 Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011.
- 49 CDA, *Evidence*, October 19, 2011.
- 50 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec and Associated Medical Services, *Evidence*, November 16, 2011.
- 51 Active Living Coalition for Older Adults, *Evidence*, October 24, 2011.
- 52 Canadian Partnership Against Cancer, *Evidence*, October 19, 2011.
- 53 Ibid.
- 54 HSF, *Evidence*, October 19, 2011.
- 55 CLA, *Evidence*, October 19, 2011.
- 56 Ibid..
- 57 Elizabeth Badley, *Evidence*, November 2, 2011.
- 58 Abbott (written submission).

-
- 59 Canadian Pain Coalition, *Evidence*, October 26, 2011.
- 60 Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, *Evidence*, October 26, 2011.
- 61 Elizabeth Badley, *Evidence*, November 2, 2011.
- 62 CPhA, *Evidence*, October 31, 2011.
- 63 Ibid.,
- 64 National Initiative for the Care of the Elderly, *Evidence*, October 31, 2011.
- 65 Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, *Evidence*, October 26, 2011.
- 66 CDA, *Evidence*, October 19, 2011; Elizabeth Badley, *Evidence*, November 2, 2011; HSF, *Evidence*, October 19, 2011.
- 67 CPhA, *Evidence*, October 31, 2011.
- 68 CMA and CGS, *Evidence*, October 17, 2011; Active Living Coalition for Older Adults and CIHR-Institute of Aging, *Evidence*, October 24, 2011; Canadian Coalition for Seniors' Mental Health and Canadian Pain Coalition, *Evidence*, October 26, 2011; National Initiative for the Care of the Elderly, *Evidence*, October 31, 2011; Elizabeth Badley, *Evidence*, November 2, 2011, and Sylvie Belleville, *Evidence*, November 30, 2011.
- 69 Active Living Coalition for Older Adults, *Evidence*, October 24, 2011.
- 70 CGS, *Evidence*, October 17, 2011.
- 71 CGS, *Evidence*, October 17, 2011; Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, *Evidence*, October 26, 2011
- 72 CGS and CMA, *Evidence*, October 17, 2011; Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011; Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, *Evidence*, October 26, 2011; National Initiative for the Care of the Elderly, *Evidence*, October 31, 2011; and Sylvie Belleville, *Evidence*, November 30, 2011.
- 73 CGS, *Evidence*, October 17, 2011.
- 74 PHAC, *Evidence*, October 5, 2011.
- 75 Canadian Coalition for Senior's Mental Health, *Evidence*, October 26, 2011; and National Initiative for the Care of the Elderly, *Evidence*, October 31, 2011.
- 76 Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, *Evidence*, October 26, 2011.
- 77 Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, *Evidence*, November 16, 2011.
- 78 Canadian Health Services Research Foundation, *Evidence*, November 2, 2011.
- 79 CIHR-Institute of Aging and Active Living Coalition for Older Adults, *Evidence*, October 24, 2011; and Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, *Evidence*, October 26, 2011.
- 80 CMA, *Evidence*, October 17, 2011.
- 81 National Initiative for the Care of the Elderly, *Evidence*, October 31, 2011.

-
- 82 Suzanne Garon, *Evidence*, October 31, 2011; and Baycrest Centre for Geriatric Care, *Evidence*, November 28, 2011.
- 83 CGS, *Evidence*, October 17, 2011.
- 84 Canadian Partnership Against Cancer, *Evidence*, October 19, 2011.
- 85 Active Living Coalition for Older Adults, *Evidence*, October 24, 2011.
- 86 Canadian Chiropractic Association, *Evidence*, October 17, 2011.
- 87 Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, *Evidence*, October 26, 2011.
- 88 CCA, *Evidence*, October 17, 2011.
- 89 Canadian Life and Health Insurance Association, *Evidence*, November 23, 2011.
- 90 Ibid.
- 91 CGS, *Evidence*, October 17, 2011.
- 92 Emergency Medical Services Chiefs of Canada, *Evidence*, November 28, 2011.
- 93 Baycrest Centre for Geriatric Care and Emergency Medical Services Chiefs of Canada, *Evidence*, November 28, 2011; CNA, *Evidence*, October 17, 2011; Active Living Coalition for Older Adults, *Evidence*, October 24, 2011.
- 94 CNA and CGS, *Evidence*, October 17, 2011.
- 95 CNA, *Evidence*, October 17, 2011; CPhA, *Evidence*, October 31, 2011; and Emergency Medical Services Chiefs of Canada, *Evidence*, November 28, 2011.
- 96 Associated Medical Services, *Evidence*, November 16, 2011.
- 97 Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011.
- 98 Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, *Evidence*, October 26, 2011.
- 99 CNA, *Evidence*, October 17, 2011; Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011; and CPhA, *Evidence*, October 31, 2011.
- 100 CNA, *Evidence*, October 17, 2011.
- 101 Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011.
- 102 Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011; National Initiative for the Care of the Elderly, *Evidence*, October 31, 2011; and Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Evidence*, November 16, 2011.
- 103 Canadian Association of Retired Persons, October 24, 2011; and National Initiative for the Care of the Elderly, *Evidence*, October 31, 2011.

-
- 104 National Initiative for the Care of the Elderly, *Evidence*, October 31, 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, *Evidence*, November 28, 2011; Michel Bédard, *Evidence*, November 30, 2011; and Parkinson Society Canada (written submission).
- 105 Carole Estabrooks, *Evidence*, October 31, 2011; and Baycrest Centre for Geriatric Care, *Evidence*, November 28, 2011.
- 106 Ibid.
- 107 Baycrest Centre for Geriatric Care, *Evidence*, November 28, 2011.
- 108 Carole Estabrooks, *Evidence*, October 31, 2011.
- 109 CMA, *Evidence*, October 17, 2011.
- 110 CDA, *Evidence*, October 19, 2011.
- 111 Fondation Docteur Benoît Deshaies, *Evidence*, November 23, 2011.
- 112 Canadian Coalition for Senior's Mental Health, *Evidence*, November 16, 2011.
- 113 François Béland, *Evidence*, November 28, 2011.
- 114 Dorothy Pringle, *Evidence*, October 31, 2011.
- 115 CIHR-Institute of Aging, *Evidence*, October 24, 2011.
- 116 CNA, CCA, and CGS, *Evidence*, October 17, 2011; Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011; Carole Estabrooks and Dorothy Pringle, *Evidence*, October 31, 2011; Canadian Coalition for Senior's Mental Health, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec and Associated Medical Services, *Evidence*, November 16, 2011; François Béland and Mark Rosenberg, *Evidence*, 28 November 2011; Margaret McGregor and Sylvie Belleville, *Evidence*, November 30, 2011.
- 117 CMA, *Evidence*, October 17, 2011; Canadian Pain Coalition, *Evidence*, October 26, 2011; CPhA, *Evidence*, October 31, 2011; Canadian Health Services Research Foundation, and Elizabeth Badley, *Evidence*, November 2, 2011.
- 118 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Evidence*, November 16, 2011.
- 119 Margaret McGregor, *Evidence*, November 30, 2011.
- 120 Associated Medical Services, *Evidence*, November 16, 2011.
- 121 CIHR-Institute of Aging, *Evidence*, October 24, 2011; Dorothy Pringle, *Evidence*, October 31, 2011; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Evidence*, November 16, 2011; and François Béland, *Evidence*, November 28, 2011.
- 122 Dorothy Pringle, *Evidence*, October 31, 2011; and François Béland, *Evidence*, November 28, 2011.
- 123 PHAC, *Evidence*, October 5, 2011.
- 124 CIHR-Institute of Aging, *Evidence*, October 24, 2011.
- 125 François Béland, *Evidence*, November 28, 2011.

-
- 126 Canadian Health Services Research Foundation, *Evidence*, November 2, 2011.
- 127 Emergency Medical Services Chiefs of Canada, *Evidence*, November 28, 2011.
- 128 CPhA, *Evidence*, October 31, 2011; and Canadian Health Services Research Foundation, *Evidence*, November 2, 2011.
- 129 CMA and CNA, *Evidence*, October 17, 2011; CaPhA, *Evidence*, October 31, 2011; Canadian Health Services Research Foundation, *Evidence*, November 2, 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, *Evidence*, November 28, 2011; and Margaret McGregor, *Evidence*, November 30, 2011.
- 130 CIHR-Institute of Aging, *Evidence*, October 24, 2011.
- 131 Canadian Health Services Research Foundation, *Evidence*, November 2, 2011.
- 132 CGS, *Evidence*, October 17, 2011; Fondation Docteur Benoît Deshaies, *Evidence*, November 23, 2011.
- 133 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Evidence*, November 16, 2011.
- 134 Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011.
- 135 Canadian Health Services Research Foundation, *Evidence*, November 2, 2011.
- 136 Associated Medical Services, November 16, 2011; and François Béland, *Evidence*, November 28, 2011.
- 137 Carole Estabrooks, *Evidence*, October 31, 2011.
- 138 Food and Consumer Products of Canada, *Evidence*, February 2, 2012.
- 139 Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, *Evidence*, December 7, 2011.
- 140 Ibid.
- 141 Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, *Evidence*, December 7, 2011; CSPI, *Evidence*, February 2, 2012; BC Healthy Living Alliance, *Evidence*, February 9, 2012; and Dietitians of Canada (written submission).
- 142 Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, *Evidence*, December 7, 2011.
- 143 Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, *Evidence*, December 7, 2011; and Dietitians of Canada (written submission).
- 144 CSPI, February 2, 2012; BC Healthy Living Alliance, *Evidence*, February 9, 2012.
- 145 Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, *Evidence*, December 7, 2011.
- 146 ParticipACTION, *Evidence*, December 12, 2011.
- 147 Ibid.
- 148 ThinkFirst Canada, *Evidence*, February 7, 2012.
- 149 Safe Kids Canada, *Evidence*, February 7, 2012.
- 150 Ibid.

-
- 151 Physical and Health Education Canada, *Evidence*, December 12, 2011.
- 152 Ibid.
- 153 BC Healthy Living Alliance, *Evidence*, February 9, 2012.
- 154 Ibid.
- 155 Rita Orji, *Evidence*, February 9, 2012.
- 156 Ibid.
- 157 François Béland, *Evidence*, November 28, 2011.
- 158 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Evidence*, November 16, 2011.
- 159 Carole Estabrooks and Dorothy Pringle, *Evidence*, October 31, 2011.
- 160 Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011.
- 161 Margaret McGregor, *Evidence*, November 30, 2011.
- 162 CSPI, *Evidence*, February 2, 2012; and Dietitians of Canada (written submission).
- 163 HSFC, *Evidence*, October 19, 2011 and Canadian Health Services Research Foundation, *Evidence*, November 2, 2011.
- 164 CPhA, *Evidence*, October 31, 2011.
- 165 CNA *Evidence*, October 17, 2011; Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011; Canadian Coalition for Senior's Mental Health, *Evidence*, October 26, 2011/16 November 2011; and Margaret McGregor, *Evidence*, November 30, 2011.
- 166 CPhA, *Evidence*, October 31, 2011.
- 167 CNA, *Evidence*, October 17, 2011; Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011; National Initiative for the Care of the Elderly, *Evidence*, October 31, 2011; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Evidence*, November 16, 2011; Margaret McGregor, *Evidence*, November 30, 2011.
- 168 Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011; CPhA, *Evidence*, October 31, 2011; and Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Evidence*, November 16, 2011.
- 169 CMA, *Evidence*, October 17, 2011; HSFC, *Evidence*, October 19, 2011; and Canadian Coalition for Senior's Mental Health, *Evidence*, October 26/November 16, 2011.
- 170 CNA, *Evidence*, October 17, 2011; Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011; and Canadian Coalition for Senior's Mental Health, *Evidence*, October 26/November 16, 2011.
- 171 Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011; and CPhA, *Evidence*, October 31, 2011.
- 172 CIHR-Institute on Aging, *Evidence*, October 24, 2011.
- 173 Suzanne Garon, *Evidence*, October 31, 2011.

-
- 174 Carole Estabrooks, *Evidence*, October 31, 2011; and Sylvie Belleville, *Evidence*, November 30, 2011.
- 175 CPhA, *Evidence*, October 31, 2011; Canadian Health Services Research Foundation, *Evidence*, November 2, 2011; Emergency Medical Services Chiefs of Canada, *Evidence*, November 28, 2011.
- 176 Baycrest Centre for Geriatric Care, *Evidence*, November 28, 2011.
- 177 Rita Orji, *Evidence*, February 9, 2012.
- 178 HSFC, *Evidence*, October 19, 2011.
- 179 PHAC, *Evidence*, October 5, 2011.
- 180 Canadian Partnership Against Cancer, *Evidence*, October 19, 2011.
- 181 CDA, *Evidence*, October 19, 2011.
- 182 PHAC, *Evidence*, October 5, 2011.
- 183 Canadian Pain Coalition, *Evidence*, October 26, 2011.
- 184 Canadian Coalition for Senior's Mental Health, *Evidence*, October 26, 2011; and Parkinson Society Canada (written submission).
- 185 CNA, *Evidence*, October 17, 2011; and Parkinson Society Canada (written submission).
- 186 BC Healthy Living Alliance, *Evidence*, February 9, 2012.
- 187 CMA, *Evidence*, October 17, 2011; CLA, *Evidence*, October 19, 2011; Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011; Canadian Health Services Research Foundation, *Evidence*, November 2, 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, Mark Rosenberg and Francois Béland, *Evidence*, November 28, 2011; and Margaret McGregor, *Evidence*, November 30, 2011.
- 188 Canadian Partnership Against Cancer and HSFC, *Evidence*, October 19, 2011.
- 189 CMA, *Evidence*, October 17, 2011; Canadian Association of Retired Persons, *Evidence*, October 24, 2011; Canadian Health Services Research Foundation, *Evidence*, November 2, 2011.
- 190 CIHR-Institute of Aging, *Evidence*, October 24, 2011.
- 191 Baycrest Centre for Geriatric Care, *Evidence*, November 28, 2011.
- 192 CLA, *Evidence*, October 19, 2011.
- 193 CCA, *Evidence*, October 17, 2011; Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, *Evidence*, October 24, 2011; Canadian Health Services Research Foundation, *Evidence*, November 2, 2011; and François Béland, *Evidence*, November 28, 2011.
- 194 CDA and CLA, *Evidence*, October 19, 2011; Active Living Coalition for Older Adults, *Evidence*, October 24, 2011; and Mark Rosenberg, *Evidence*, November 28, 2011.

-
- 195 Canadian Partnership Against Cancer, *Evidence*, October 19, 2011; and François Béland, *Evidence*, November 28, 2011.
- 196 Chronic Disease Alliance of Canada, *Evidence*, December 7, 2011.

LIST OF RECOMMENDATIONS

RECOMMENDATION 1

THE MINISTER OF HEALTH CONTINUE TO ENGAGE THE PROVINCIAL AND TERRITORIAL MINISTERS OF HEALTH AND HEALTH PROMOTION/HEALTHY LIVING IN A DISCUSSION ABOUT THE NEED TO ADAPT PRIMARY HEALTH CARE TO A MORE INTERDISCIPLINARY AND MULTI-SECTORAL MODEL 25

RECOMMENDATION 2

THE MINISTER OF HEALTH CONTINUE TO ENGAGE WITH PROVINCES AND TERRITORIES TO SHARE BEST PRACTICES ON:

- SCOPES OF PRACTICE OF HEALTH PROFESSIONALS;
- THE POTENTIAL USE OF HEALTH TEAMS;
- MULTI-SECTORAL APPROACHES TO CARE THAT INVOLVE NOT ONLY TRADITIONAL HEALTH SERVICES, BUT ALSO THOSE SOCIAL SERVICES NECESSARY TO MAINTAIN A GOOD QUALITY OF LIFE AND MANAGE HEALTH CONDITIONS..... 25

RECOMMENDATION 3

THE GOVERNMENT OF CANADA CONTINUE TO USE INTEGRATED MULTI-SECTORAL APPROACHES TO CARE WHERE NEEDED AND APPROPRIATE. 25

RECOMMENDATION 4

THE CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH CONTINUE TO SUPPORT RESEARCH THAT ADDRESSES CHRONIC DISEASES. 26

RECOMMENDATION 5

HEALTH CANADA CONTINUE TO WORK WITH RELEVANT INDUSTRY TO ENCOURAGE THEM TO OFFER HEALTHY CHOICES TO CANADIANS ON A VOLUNTARY BASIS..... 26

RECOMMENDATION 6

HEALTH CANADA CONTINUE TO PROMOTE HEALTHY LIFESTYLE CHOICES FOR ALL CANADIANS WITH THE GOAL OF MAKING THE HEALTHY CHOICE AN EASY CHOICE..... 26

APPENDIX A

CHRONIC DISEASES RELATED TO AGING

LIST OF WITNESSES

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Public Health Agency of Canada Cathy Bennett, Acting Director, Division of Aging and Seniors, Centre for Health Promotion Kim Elmslie, Director General, Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch	2011/10/05	7
Canadian Chiropractic Association John Tucker, Director, Government and Interprofessional Relations Eleanor White, President	2011/10/17	8
Canadian Geriatrics Society Frank Molnar, Secretary-Treasurer, Member of the Executive		
Canadian Medical Association John Haggie, President Maura Ricketts, Director, Office of Public Health		
Canadian Nurses Association Barb Mildon, President-elect Don Wildfong, Nurse Advisor, Policy and Leadership		
Canadian Diabetes Association Aileen Leo, Associate Director, Public Policy, Government Relations and Public Affairs	2011/10/19	9
Canadian Lung Association Rosario Holmes, Educator, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Ontario Lung Association Christopher Wilson, Director, Public Affairs and Advocacy, National Office		
Canadian Partnership Against Cancer Jessica Hill, Chief Executive Officer Leanne Kitchen Clarke, Vice-President, Public Affairs		

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Heart and Stroke Foundation of Canada Manuel Arango, Director, Health Policy Mike Sharma, Expert Representative	2011/10/19	9
Active Living Coalition for Older Adults Patricia Clark, National Executive Director	2011/10/24	10
Canadian Association of Retired Persons Susan Eng, Vice-President, Advocacy Michael Nicin, Government Relations and Policy Development Officer		
Canadian Institutes of Health Research Yves Joannette, Scientific Director, Institute of Aging		
Fédération des aînées et aînés francophones du Canada Jean-Luc Racine, Executive Director		
Associated Medical Services Inc. William Shragge, Chief Executive Officer	2011/10/26	11
Canadian Coalition for Seniors' Mental Health Kimberley Wilson, Executive Director		
Canadian Pain Coalition Lynn Cooper, President		
Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec Régine Laurent, President Lucie Mercier, Labour Advisor, Sociopolitical Affairs		
As an individual Carole Estabrooks, Professor, Faculty of Nursing, University of Alberta; Canada Research Chair in Knowledge Translation Suzanne Garon, Principal Investigator, Research Centre on Aging, University of Sherbrooke Dorothy Pringle, Professor Emeritus, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto	2011/10/31	12
Canadian Pharmacists Association Phil Emberley, Director, Pharmacy Innovation Jeff Poston, Executive Director		

Organizations and Individuals	Date	Meeting
National Initiative for the Care of the Elderly Sandra Hirst, Executive Board Member	2011/10/31	12
As an individual Elizabeth Badley, Professor, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto; Senior Scientist, Toronto Western Research Institute, University Health Network	2011/11/02	13
Canadian Health Services Research Foundation Maureen O'Neil, President		
Associated Medical Services Inc. Jeffrey Turnbull, Member, Board of Directors	2011/11/16	14
Canadian Coalition for Seniors' Mental Health Kimberley Wilson, Executive Director		
Canadian Pain Coalition Lynn Cooper, President		
Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec Régine Laurent, President Lucie Mercier, Labour Advisor, Sociopolitical Affairs		
Canadian Life and Health Insurance Association Inc. Stephen Frank, Vice-President, Policy Development and Health	2011/11/23	16
Fondation Docteur Benoît Deshaies Robert Guimond, Secretary		
As an individual François Béland, Professor, Department of Health Administration, University of Montreal Mark Rosenberg, Professor, Department of Geography and Department of Community Health and Epidemiology, Queen's University	2011/11/28	17
Baycrest William Reichman, President and Chief Executive Officer		
Emergency Medical Services Chiefs of Canada Michael Nolan, President		
As an individual Sylvie Belleville, Director of Research, Research Centre, Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal	2011/11/30	18

Organizations and Individuals	Date	Meeting
<p>As an individual</p> <p>Margaret McGregor, Clinical Associate Professor, Department of Family Practice, University of British Columbia; Research Associate, UBC Centre for Health Services and Policy Research and Vancouver Coastal Health Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation</p> <p>Lakehead University</p> <p>Michel Bédard, Canada Research Chair in Aging and Health, Department of Health Sciences and Centre for Research on Safe Driving</p>	2011/11/30	18

APPENDIX B

HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

LIST OF WITNESSES

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Canadian Institutes of Health Research Nancy Edwards, Scientific Director, Institute of Population and Public Health Philip Sherman, Scientific Director, Institute of Nutrition, Metabolism and Diabetes Department of Health Hasan Hutchinson, Director General, Office of Nutrition Policy and Promotion Catherine MacLeod, Associate Assistant Deputy Minister, Health Products and Food Branch Public Health Agency of Canada Kim Elmslie, Director General, Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch	2011/12/05	19
Canadian Alliance of Community Health Centre Associations Jane Moloney, Chairperson Scott Wolfe, Federal Coordinator Canadian Public Health Association Ian Culbert, Director, Communications and Development Debra Lynkowski, Chief Executive Officer Chronic Disease Prevention Alliance of Canada Craig Larsen, Executive Director Ida Thomas, Chair	2011/12/07	20
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal Patrick Morency, Public Health Physician, Urban Environment and Health, Direction de santé publique ParticipACTION Kelly Murumets, President and Chief Executive Officer	2011/12/12	21

Physical and Health Education Canada	2011/12/12	21
Andrea Grantham, Executive Director and Chief Executive Officer		
Chris Jones, Representative; Senior Leader, Sport Matters		
YMCA Canada		
Scott Haldane, President and Chief Executive Officer		
Centre for Science in the Public Interest	2012/02/02	25
Bill Jeffery, National Coordinator		
Food and Consumer Products of Canada		
Phyllis Tanaka, Vice-President, Scientific and Regulatory Affairs (Food Policy)		
Québec en Forme		
Diane LeMay, Assistant Manager, Partnerships, Knowledge Translation and Innovation		
Manon Paquette, Provincial Nutrition Advisor, Partnerships, Knowledge Translation and Innovation		
Saskatoon Health Region		
Nancy Klebaum, Primary Health Manager		
Donna Nelson, Nutritionist, Food for Thought Program		
Consumer Health Products Canada	2012/02/07	26
Gerry Harrington, Director, Public Affairs		
David Skinner, President		
Safe Kids Canada		
Pamela Fuselli, Executive Director		
ThinkFirst Canada		
Rebecca Nesdale-Tucker, Executive Director		
University of British Columbia		
Paul Kershaw, Professor, Human Early Learning Partnership		
As an individual	2012/02/09	27
Rita Orji, Ph. D. Student, University of Saskatchewan		
BC Healthy Living Alliance		
Cathy Adair, Representative; Vice President, Cancer Control, Canadian Cancer Society, BC and Yukon Division		
Mary Collins, Director of the Secretariat		

Canadian Association of Occupational Therapists

2012/02/09

27

Mary Forhan, Occupational Therapist,
Liaison with the Canadian Obesity Network

Claudia von Zweck, Executive Director

University of Western Ontario

Martin Cooke, Research Partner,
Associate Professor, University of Waterloo

Piotr Wilk, Assistant Professor

APPENDIX C CHRONIC DISEASES RELATED TO AGING LIST OF BRIEFS

Organizations and Individuals

Abbott Laboratories Ltd.

Associated Medical Services Inc.

Canadian Association of Retired Persons

Canadian Nurses Association

Emergency Medical Services Chiefs of Canada

Estabrooks, Carole

Parkinson Society Canada

APPENDIX D

HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

LIST OF BRIEFS

Organizations and Individuals

Canadian Alliance of Community Health Centre Associations

Canadian Association of Occupational Therapists

Canadian Coalition for Public Health in the 21st Century

Canadian Dental Hygienists Association

Canadian Medical Association

Canadian Parks and Recreation Association

Dietitians of Canada

Food and Consumer Products of Canada

ParticipACTION

Saskatoon Health Region

YMCA Canada

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings for the study of chronic diseases related to aging (Meetings Nos. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 30, 42, 43, 44 and 45) is tabled.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings for the study of health promotion and disease prevention (Meetings Nos. 19, 20, 21, 25, 26, 27, 30, 42, 43, 44 and 45) is tabled.

Respectfully submitted,

Joy Smith, M.P.

Chair

Minority Report: Chronic Diseases Related to Aging and Health Promotion and Disease Prevention

Submitted by:

Libby Davies, NDP, Vancouver East; Djaouida Sellah, NDP, Saint-Bruno-Saint Hubert; Dany Morin, NDP, Chicoutimi-Le Fjord; and Matthew Kellway, NDP, Beaches-East York.

Introduction:

Federal leadership on health care is more important than ever, to renew, invest, and strengthen our public health care system. The Standing Committee on Health's Report on Chronic Diseases Related to Aging and Health Promotion and Diseases Prevention illustrates an important body of research that pursues chronic disease related to aging, and addresses important issues in relation to health promotion and disease prevention. However, the NDP believes that further recommendations are necessary to ensure greater accountability and innovation by the federal government in health promotion and disease prevention. The NDP expresses its disappointment that so little progress has been made by the federal government on these critical issues. The federal government must be a leader in establishing an effective plan that will spur health promotion and disease prevention for the benefit of all Canadians, no matter their age.

Based on the testimony provided to the Standing Committee on Health, the NDP makes recommendations in three key areas: the health accords; health living; and healthy aging.

The Health Accords:

In 2004, the federal, provincial, and territorial First Ministers agreed to a 10-year commitment to institute and achieve a number of priority reforms that would strengthen the Canadian healthcare system. These reforms included a commitment to recognize home and primary care as cost effective means of delivering health care services. The 2004 Health Accord also committed to a pharmaceutical strategy that would provide Canadians with the necessary medication for effective treatment.

New healthcare delivery models such as home care and palliative care have proven to be less expensive than hospital beds, while keeping the patient in a much more familiar environment. In his 2002 report, Roy Romanow, recommended the establishment of a Home Care Transfer, which could be used to establish a national platform for home care services (*Building on Values: The Future of Health Care in Canada*, 2002).

The 2004 Health Accord also included a pharmaceutical strategy aimed at reducing the cost of medications. Unfortunately, this proposal, which is mostly of federal jurisdiction, has gone nowhere. Such a plan would not only save our health care system billions of dollars each year, it would also help Canadians have better access to more effective drugs, especially the 23% of Canadians with chronic illnesses who cannot afford to fill

their prescriptions (Health Council of Canada, *How Do Sicker Canadians with Chronic Disease Rate the Health Care System?*, 2011).

In December 2011, the federal Finance Minister Jim Flaherty announced unilateral cuts to the Canada Health Transfer, without any consultation with provincial and territorial counterparts. The Parliamentary Budget Officer has noted that these cuts will short-change provincial and territorial health budgets by more than \$30 billion dollars, forcing the provinces to cut vital services. Premiers have taken a unified stance against this new arrangement, and called for the federal government to initiate discussions on a new Accord.

Recommendation 1: The NDP urges the Minister of Health and the federal government to work with provincial and territorial counterparts to address and follow through on commitments laid out in 2003/4 Health Accords, with particular emphasis on the issues of home care and universal prescription drug coverage, including establishing a comprehensive home care, palliative care, and compassionate care strategy which will save costs in the long-run and improve the health of millions of Canadians. The federal government must work with provincial and territorial counterparts to set out sufficient federal funds that establish measurable health care outcomes.

Recommendation 2: The NDP urges the Minister of Health and the federal government to commit federal funds dedicated to a renewed focus on community-based integrated primary health care, as the key to a more efficient and cost-effective use of health care resources. Reform should include the creation of community-based health care services, delivered by multi-disciplinary health care teams.

Healthy Living:

It is important to examine practices that effectively address chronic disease and encourage healthy living for Canadians in all stages of life. These interventions can range from access to nutritious food, incentives for physical activity, educational campaigns, and eliminating socioeconomic or cultural barriers that may prevent Canadians from accessing care. Of particular note is the lack of Conservative government's lack of leadership on legislative initiatives that promote healthy living, including the regulation of sodium, trans fats, and sugars in prepared foods. It is unacceptable that Canada is falling so far behind on fundamental public health reforms. All of these initiatives must receive stable and adequate federal funding to ensure their effectiveness. The federal government's lead on preventative measures would lower the chronic diseases associated with aging and unhealthy habits.

Recommendation 1: The NDP encourages the Public Health Agency of Canada and Health Canada to engage with their provincial and territorial counterparts to promote ethnic and cultural sensitivity.

Recommendation 2: The NDP urges the Minister of Health and the federal government to implement a National Pain Strategy, built on the Canadian Pain Society's framework

for a National Pain Strategy. This strategy should include provisions for multi-disciplinary health care teams to treat pain; timely pain management; dedicated pain-related research funding; and pain management education for health professionals and the general public.

Recommendation 3: The NDP urges the Minister of Health and the federal government to implement the recommendations laid out the June 2006 report of the *Trans Fat Task Force*, entitled *TRANSforming the Food Supply*, which made several recommendations on the regulation of trans fats, to lower or eliminate the amount of trans fats in prepared foods. Similarly, we urge the Minister to implement the recommendations of the July 2010 report of the *Working Group on Sodium Reduction*, which put forward the *Sodium Reduction Strategy for Canada*, to reduce the sodium intake of Canadians.

Recommendation 4: The NDP urges the Minister of Health and the federal government to work with provincial and territorial counterparts to implement federal legislation similar to Quebec's Consumer Protection Act, which has successfully limited the impact of advertising to children.

Recommendation 5: The NDP encourages all levels of government to commit to increase the total public health spending on health promotion, physical activity, and sport to 5% annually (from current level of 0.9% in 2011-2012 fiscal year).

Recommendation 6: The NDP urges the Health Canada to change food labeling regulations, so that nutritional info appears on the front of the package. The important nutritional information (such as sodium and fat content) should be highly visible.

Recommendation 7: The NDP recommends that the federal government change the Children's Fitness Tax Credit from non-refundable credit to refundable credit. A refundable Fitness Tax Credit should also be established for adults.

Recommendation 8: The NDP urges the Minister of Health and the federal government to recognize the impact that socio-economic factors have on a person's ability to make healthy lifestyle decisions. Access to healthy foods is limited for people affected by poverty or living in remote areas, notably, the First Nations and Inuit communities. Subsidized local fresh produce would improve access to a healthy diet.

Recommendation 9: The NDP urges the Minister of Health and the federal government to reconsider its decision to reduce the funds allotted to the Federal Tobacco Control Strategy as tobacco is the leading cause of preventive diseases, disability and death, costing more than 4 billion in annual health care costs and causing 37, 000 deaths annually.

Recommendation 10: The NDP urges the Minister of Health and the federal government to invest more in healthy living for First Nations communities. Witnesses have made it clear that First Nations constitutes a segment of population that face

increased adverse health outcomes than the average Canadian citizen. First Nations health is a federal responsibility that must be taken seriously.

Healthy Aging:

A National Strategy on Healthy Aging is an important part of the federal government's health promotion and chronic disease prevention initiatives. As witnesses stated, as Canadians age, they are more likely to have complex health care needs, living with more than one chronic condition. A National Strategy on Aging would take a broad perspective, necessary to address the complex health needs of older adults, alongside strategies on home care, long-term care, and palliative care.

Recommendation 1: The NDP urges the Minister of Health and the federal government to work with provincial and territorial counterparts to develop a long-term strategy based on national care standards, affordability, and accessibility. This strategy would assess the need for affordable and accessible long-term care in Canada, and commit funds to meeting this need.

Recommendation 2: The NDP calls on the federal government to establish tax credits and grants for care givers, including: a) increasing the EI Compassionate Care Benefit and changing its current criteria to be allow more care givers to be eligible for this credit, and b); create a refundable tax benefit for the medical expenses incurred by care givers.

Recommendation 3: The NDP encourages the Minister of Health and the federal government to work with territorial and provincial counterparts to develop a National Strategy for Healthy Aging. This strategy should include an emphasis on health promotion and disease prevention through the promotion of healthy lifestyles; support for formal and informal caregivers; address the determinants of health; facilitate better access to health services, and allow people to access care home for longer.

Mental Health

Federal efforts to improve the health of Canadians must include mental health initiatives. Witnesses frequently told the Committee that maintaining one's mental health is a key part of a healthy lifestyle, and that addressing mental health issues can be critical to restoring the overall health of an individual. The Mental Health Commission of Canada recently released *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada*, which outlines a framework for all levels of government to work to improve mental health services in Canada.

Recommendation 1: That the Minister of Health and the federal government work with provincial and territorial counterparts to implement the recommendations made by the Mental Health Commission of Canada in their *Mental Health Strategy for Canada* and provide federal funding towards implementation efforts.

Conclusion

The NDP believes that these recommendations will address the concerns expressed by experts in the fields of healthy living and aging. The NDP believes this report adds to the Standing Committee on Health's report on Chronic Diseases Related to Aging and Health Promotion and Disease Prevention; setting out concrete recommendations which will strengthen health care services across Canada and allow Canadians to lead healthier lives for longer. It also demonstrates the role of the federal government to lead the way, to create a more cost-effective public health care system that better serves Canadians throughout their lifetime.

Dissenting Report by the Liberal Party of Canada

Increased longevity and a sharp rise in the incidence of chronic disease have had a significant impact on the delivery of Health Care in Canada, putting increased stress on Medicare. At the same time, Health Promotion and Disease Prevention can have the effect of alleviating that burden. The Committee agreed to the following motions:

- “That the Committee commence a study of Chronic Diseases related to Aging on Wednesday, October 5, 2011, and that the Chair report the Committee’s findings to the House.”
- “That the Committee undertake a study of health promotion and disease prevention and that it hold four (4) meetings on this study, starting on Wednesday, November 16, 2011.”

For 17 meetings, the House of Commons Standing Committee on health heard from witnesses on these issues. The witnesses ranged from health professionals, Non-Governmental Organizations (NGOs), patient advocates, researchers, and officials from the Health Department.

There was a great deal of commonality amongst witnesses about the nature of the problems and solutions; backed by solid data and research relating to chronic disease, health promotion, and disease prevention.

The Liberal Party does not agree that the report, nor the recommendations, adequately reflect the testimony of witnesses.

For this reason the Liberal Party felt it essential to produce this Dissenting Report.

What the Committee heard:

According to Statistics Canada, life expectancy in Canada is 80.9 years. Much of this can be attributed to progressive public health policies, access to Health Care services and new diagnostic and therapeutic technologies. However, this positive trend has begun to decline. Witnesses attributed this decline to smoking, unhealthy eating, lowered physical activity, and obesity, which accounts for 90% of type 2 diabetes, 80% of coronary artery disease and one-third of cancers. The rate of childhood obesity has quadrupled in the past three decades; the rate of childhood obesity is even higher and amongst Aboriginal children.

Witnesses reported that longevity has contributed to a rise in the incidence of cardiovascular disease, increased rates of injury, chronic pain, dementia and cancer and indicated that 74 to 90% of seniors suffer from at least one chronic condition. They pointed out that given Canadian demographics there was also a need to develop chronic care models that are culturally sensitive to immigrant and refugee groups and to Aboriginal peoples.

Statistics show that 80% of lung cancer occurs in people over 60. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), caused by smoking or asthma, among people 65 to 75 is triple that of younger cohorts and costs the Health Care system \$15 billion annually.

Witnesses stated that chronic pain has a significant impact on quality of life and productivity, and must be part of any study on chronic diseases. One in five Canadians lives with chronic pain which is often undiagnosed and undermanaged. Arthritis is the most frequent cause of disability, affecting 4.5 million Canadians.

Witnesses and members of the Committee were aware that the Mental Health Commission of Canada (MHCC) would table its report shortly, but many agreed that mental illness is a chronic health condition, particularly high in seniors. Mental illness in this age group is directly related to physical illness. 15% of seniors who live in the community suffer from depression. This can increase to between 80% to 90% in long-term care facilities. World Health Organization (WHO) statistics projected that globally by 2020, depression will rank second to both potential and productive life years lost. Witnesses highlighted the most tragic component of depression: suicide. The suicide rate among men aged 90 years and older is 33 per 100,000 people, which is more than double most other age groups. Chronic disease is one the highest risk factors for suicide in older age groups.

Witnesses stated that dementia was the most common reason for transferring patients to alternative levels of care and that seniors were generally able, with good support systems, to manage their chronic conditions, until affected by dementia.

The Committee was told that financial limitations compromised many chronically ill patients' ability to pay for out of pocket expenses, including drugs, food, and participation in the social life of the community, which can lead to isolation.

Witness comments on measures to promote healthy living:

The Committee heard that chronic diseases cost the Canadian economy \$190 billion annually; \$90 billion due to Health Care costs, and the remainder due to lost

productivity. Therefore chronic disease is not only a health issue but also an economic one.

Evidence indicates that many chronic diseases may not be a natural component of aging, and could be prevented with good health promotion and disease prevention strategies as well as social policies to alleviate the negative determinants of health, such as poverty, inadequate housing and unhealthy lifestyles.

Overview of current chronic disease care in Canada:

Government's initiatives:

Officials from the Public Health Agency of Canada reported on a variety of initiatives dealing with chronic diseases, health promotion and disease prevention in general; many of these involved partnerships with provincial and territorial governments, NGOs, and private partners. Officials spoke of the importance of a multi-sectoral approach, not just restricted to the Health Care portfolio. Canada endorsed this approach to chronic disease prevention strategies at the recent United Nations meeting, September 2011.

Many initiatives were issue-related dealing with healthy eating and healthy weights, diabetes strategies, age-friendly communities, Aboriginal nutrition, prenatal nutrition programs, child nutrition programs, and physical activity and injury prevention.

In 2010 Federal, Provincial, and Territorial governments declared a shared vision for prevention of disease, disability, and injury with health promotion as a priority. This agreement acknowledged that many determinants of health lie outside of the Health Care sector. A Pan-Canadian Public Health Network was created to share information, provide policy and technical advice to FPT Ministers and support to jurisdictions during public health emergencies.

The *Canadian Best Practices Initiative* responded to the need for sharing data. It includes the *Best Practices Portal* to share knowledge and measure uptake in practice activities as well as provide a compendium of community interventions related to health promotion and disease prevention that have been evaluated.

Current status of federal research:

Much research on chronic diseases is done by the Canadian Institute of Health Research. CIHR is active in health promotion and disease prevention, especially in diabetes, obesity and applied injury research.

The CIHR Institute of Aging and Pathways to a Health Equity for Aboriginal Peoples was recently developed to advance research on health disparities within these particular population groups.

Status of Health Human Resources relating to chronic disease care:

Many witnesses voiced concerns over inadequate training of Health Care professionals to identify, treat, and manage chronic diseases in the elderly and expressed the need for an integrated approach on health human resources. For example, witnesses said there were only 200 geriatricians in Canada whereas the current need requires 500-600, which will only increase as the population ages. It was predicted that by 2020 there would be a 35% shortage of respirologists to deal with COPD and there were insufficient physicians trained for primary care.

Witnesses recommended that the recognition of foreign credentials of Health Care professionals be fast-forwarded to broaden Canada's base of Health Care providers who can also contribute needed cultural and language knowledge.

The way forward:

The Committee heard that individuals need to take some responsibility for adopting healthy, active lifestyles as a way of delaying chronic illness. It was suggested that public awareness campaigns would promote active self-care.

Witnesses mentioned the current model for dealing with chronic illness is no longer cost-effective or appropriate. Many patients with chronic illness, including the elderly, receive care in hospitals and long-term care facilities when a community care based model would improve the quality of life, health outcomes, and the ability of seniors to age in their own homes for as long as possible.

They advised that community-based, patient-centred, primary care models with multi-disciplinary teams integrated with social and housing services would provide the best outcomes.

While government and health care professionals provide the bulk of care, many families are burdened with the responsibility of providing informal care and suffer stress, fatigue, and burnout. Family members need financial and mental health supports and respite. Witnesses felt that the extension of employment insurance benefits for informal caregivers and the non-refundable tax credit do not fully address these problems; instead the tax credit should be refundable to allow low- and modest-income families to benefit.

Social Determinants of Health:

Witnesses reminded the Committee that major determinants of health were related to income status and housing, and that one cannot separate health and social services in providing chronic care.

Healthy Living:

Witnesses commented that the impact of high sodium and trans-fat levels in foods have not been addressed satisfactorily, and reiterated the need for appropriate labeling and regulations to help consumers make informed, healthy choices about the food and beverage products they purchase. As much as 80% of foods and beverages marketed to children are unhealthy; high in fat, sugar, and salt, and low in nutrients. Witnesses also recommended that the federal government re-evaluate food taxation policies to create incentives for consumption of healthy foods and disincentives for unhealthy foods.

They commented that there was a greater need to encourage and facilitate more physical activity and active living to the population in general, but especially to children and seniors. Some witnesses suggested that the *Children's Fitness Tax Credit* should be made refundable and an adult fitness tax credit added. Physical activity not only prevents many chronic diseases, but also prevents injury. They also commented that resources allocated to health research and injury were inadequate given the high cost of the economic and social burden associated with injury.

Finally, the Committee was told that in the last year all levels of government spent only 0.9% of total public health spending on health promotion, physical activity, and sport. Recent studies in the United States showed that within 25 years, investment in prevention would prevent premature deaths and reduce overall Health Care costs and economic loss associated with decreased productivity.

Health Transfers and the Health Accord:

Witnesses stressed the need for a variety of reforms in Health Care that would improve health outcomes, accountability, and cost-effectiveness and be more attentive to the changing needs of Canadians. They felt that the 2004 Health Accord had highlighted some of these innovations and that they were looking forward to a 2014 Health Accord, which would strengthen the transformative changes anticipated in the 2004 Accord.

Recommendations:

Based on what the Committee heard from expert witnesses, department officials and advocates regarding the impact of chronic diseases on human health and productivity;

Based on testimony and long-standing evidence of the cost to the Health Care system of treating chronic diseases;

Based on the evidence that showed many of these diseases to be preventable;

Based on evidence that many chronic diseases have more cost-effective and better quality of life outcomes when managed in the home, in community care models, and outside of hospital; and

Based on evidence that shows the high cost of medications for those who have chronic diseases leads to lack of affordability of, and non-compliance with, treatment and the subsequent exacerbation and worsening of illness;

The Liberal Party recommends:

- 1. That a pan-Canadian health promotion and chronic disease prevention strategy that is culturally appropriate and funded to 5% of the overall health budget be implemented with the following elements:**
 - a. A national sodium reduction strategy to lower the daily intake (to below 2,300mg per day), including regulated levels for food industry, and the development and funding of education programs to raise awareness of the dangers of high sodium intake and the existence of lower sodium products;**
 - b. Mandatory regulations of trans-fat levels to 2 grams per every 100 grams of oil or fat;**
 - c. Regulate energy drinks to be sold as a drug under the direct supervision of a pharmacist, as recommended by the federal government's expert panel and prohibit advertising, promotion, and sale of energy drinks to youth under the age of 18;**
 - d. Ban advertising and promotion of unhealthy foods to children under the age of 12, using the Quebec model as a best practice;**
 - e. Examine feasibility of taxation policy on foods high in fat, sodium, and sugar, using the Scandinavian models as a best practice;**
 - f. Adopt a progressive food labeling system to communicate better to consumers the nutritional contents of food;**
 - g. Increase daily physical activity among all youth and children, by investing in community sport infrastructure (including playgrounds), supported by trained coaches and other professionals;**

- h. Reinstate full funding to the Federal Tobacco Control Strategy; and
 - i. Reverse cuts and enhance funding to suicide prevention programs at the Department of National Defence including support for post-traumatic stress disorder; and
 - j. Reinstate full funding to the National Aboriginal Health Organization, Aboriginal Diabetes Initiative, Aboriginal Health Human Resources Initiative, Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy, and the Aboriginal Health Transition Fund.
- 2. Integrate within the *Best Practices Portal*, best practices in primary, patient-centred, multidisciplinary, comprehensive, community and home care models, including housing and social services, which are currently under pilot project status within the 2004 Health Accord. Develop and utilize indicators to measure cost-effectiveness and patient wellness outcomes;
- 3. The federal government return to and implement the following collaborative, cross-jurisdictional objectives agreed to in the 2004 Health Accord;
 - a. develop a pan-Canadian pharmaceutical strategy that will make medically required therapeutics accessible to all Canadians with chronic and life-threatening diseases. This strategy must also contain a plan of action to anticipate, identify, and manage drug shortages;
 - b. develop a pan-Canadian Health Human Resources Strategy;
 - c. develop a pan-Canadian dementia strategy as part of the home and community care reforms agreed to in the 2004 Health Accord.
- 4. That the federal government take a leadership role in developing, with provinces, territories, and other partners, a comprehensive, integrated, National Pain Strategy as tabled by the Canadian Pain Coalition.
- 5. That the federal government implements multidisciplinary, integrated, culturally sensitive, “full continuum” of home and community care service delivery models to manage and prevent chronic diseases within the population cohorts for which the federal government has a direct responsibility: veterans, First Nations, Inuit, and Canadian Armed Forces.

- b. créer une stratégie nationale sur les ressources humaines en santé; réformes sur les soins à domicile et communautaires convenues dans l'Accord sur la santé de 2004.

4. Que le gouvernement fédéral assume un rôle de chef de file et qu'il crée, avec les provinces, les territoires et d'autres partenaires, une stratégie nationale globale et intégrée sur la lutte contre la douleur, telle que déposée par la Coalition canadienne contre la douleur.

5. Que le gouvernement fédéral mette en œuvre des modèles de prestation de services à domicile et communautaires multidisciplinaires, intégrés, sensibles aux différences culturelles et offrant la gamme complète de soins. De tels modèles permettront de prendre en charge et de prévenir les maladies chroniques au sein des groupes de population dont le gouvernement fédéral a directement la responsabilité, à savoir les anciens combattants, les Premières nations, les Inuits et les membres des Forces armées canadiennes.

- e. l'étude de la faisabilité de créer une politique de taxation des aliments à forte teneur en gras, en sodium et en sucre, en s'inspirant des modèles scandinaves comme pratique exemplaire; l'adoption d'un système d'étiquetage progressiste pour mieux communiquer aux consommateurs le contenu nutritionnel des aliments;
 - g. l'intensification de l'activité physique quotidienne chez les jeunes et les enfants, en investissant dans les infrastructures sportives communautaires (y compris les terrains de jeux), en collaboration avec des entraîneurs qualifiés et d'autres professionnels;
 - h. le rétablissement de la totalité du financement de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme;
 - i. l'annulation des coupes et l'augmentation du financement des programmes de prévention du suicide au ministère de la Défense nationale, ce qui comprend le soutien aux personnes atteintes de trouble de stress post-traumatique;
 - j. le rétablissement de la totalité du financement de l'Organisation nationale de la santé autochtone, de l'initiative sur le diabète chez les Autochtones, de l'initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones et du Fonds de transition pour la santé des Autochtones.
2. Que soient intégrées dans le Portail des pratiques exemplaires des pratiques visant des modèles de soins primaires, axés sur le patient, multidisciplinaires, intégrés, communautaires et à domicile (ce qui comprend les services locaux et sociaux), qui sont actuellement à l'état de projets pilotes dans le cadre de l'Accord sur la santé de 2004. Que soient créés et utilisés des indicateurs pour évaluer la rentabilité et les résultats de bien-être pour le patient;
 3. Que le gouvernement fédéral fasse revivre et mette en œuvre les objectifs de collaboration pangouvernementaux convenus dans l'Accord sur la santé de 2004, à savoir :
 - a. créer une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques qui permettra à tous les Canadiens atteints de maladies chroniques et de maladies potentiellement mortelles d'avoir accès aux produits thérapeutiques médicalement nécessaires. Cette stratégie doit également contenir un plan d'action pour anticiper, cerner et gérer les pénuries de médicaments;

D'après les témoignages qu'a entendus le Comité de la part des témoins experts, des porte-paroles des ministères et des défenseurs des droits des patients au sujet de l'incidence des maladies chroniques sur la santé humaine et la productivité;

D'après les témoignages et les preuves de longue date concernant les répercussions financières du traitement des maladies chroniques sur le système de santé;

D'après les témoignages selon lesquels il est possible de prévenir bon nombre de ces maladies;

D'après les témoignages selon lesquels la prise en charge de beaucoup de maladies chroniques est plus rentable et donne de meilleurs résultats lorsqu'elle se fait à la maison, dans le cadre de modèles de soins communautaires et à l'extérieur de l'hôpital;

D'après les témoignages selon lesquels le coût élevé des médicaments contre les maladies chroniques rend les traitements onéreux et difficiles à respecter et entraîne l'intensification et l'aggravation de la maladie;

Le Parti libéral recommande :

1. Qu'une stratégie nationale de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques sensibles aux différences culturelles, financée à hauteur de 5 % du budget global de santé, soit mise en œuvre avec les éléments suivants :

a. l'établissement d'une stratégie nationale de réduction du sodium visant à réduire l'apport quotidien (sous la barre des 2 300 mg par jour), ce qui comprend la réglementation des niveaux dans

l'industrie alimentaire et la création et le financement de programmes d'éducation visant à sensibiliser davantage aux dangers d'une consommation élevée de sodium et à l'existence de produits à teneur réduite en sodium;

b. la réglementation obligatoire des taux de gras trans à 2 grammes par 100 grammes d'huile ou de gras;

c. la réglementation des boissons énergisantes en tant que médicament devant être vendu sous la supervision directe d'un pharmacien, comme le recommande le groupe d'experts du

gouvernement fédéral, et l'interdiction de leur publicité, promotion et vente auprès des personnes âgées de moins de 18 ans;

d. l'interdiction de la publicité et de la promotion d'aliments malsains auprès des enfants de moins de 12 ans, en s'inspirant du modèle

québécois comme pratique exemplaire;

Pour certains témoins, la question de l'incidence des niveaux élevés de sodium et de gras trans dans les aliments n'a pas été abordée de façon satisfaisante; ils ont une fois de plus souligné le besoin d'améliorer l'étiquetage et la réglementation pour aider les consommateurs à faire des choix éclairés et sains lorsqu'ils achètent leurs aliments et leurs boissons. Plus de 80 % des aliments et des boissons destinés aux enfants sont mauvais pour la santé et ont une teneur élevée en gras, en sucre et en sodium ou contiennent peu d'éléments nutritifs. Des témoins ont aussi recommandé que le gouvernement fédéral réévalue les politiques de taxation des aliments en vue de promouvoir la consommation d'aliments sains et de décourager la consommation d'aliments malsains.

Ils ont parlé du grand besoin de promouvoir l'activité physique et un mode de vie actif auprès de la population en général, mais en particulier auprès des enfants et des personnes âgées. Certains témoins ont suggéré que le crédit d'impôt pour la condition physique des enfants devrait être remboursable et qu'il faudrait créer un crédit similaire pour les adultes. Non seulement l'activité physique permet de prévenir un bon nombre de maladies chroniques, mais elle permet aussi de prévenir les blessures. Les témoins ont également indiqué que les ressources affectées à la recherche en santé et aux blessures étaient insuffisantes compte tenu du coût élevé du fardeau économique et social associé aux blessures.

Finalement, le Comité a appris que, au cours de la dernière année, les gouvernements de tous les ordres ont consacré 0,9 % des dépenses publiques totales en soins de santé à la promotion de la santé, à l'activité physique et aux sports. Selon de récentes études menées aux États-Unis, d'ici 25 ans, les investissements dans la prévention devraient permettre de prévenir les décès prématurés et de réduire les coûts de soins de santé ainsi que les pertes économiques associées au manque de productivité.

Accord sur la santé et transferts des responsabilités en matière de santé

Des témoins ont insisté sur la nécessité de réformer divers aspects du système de soins de santé. Ces réformes amélioreraient les résultats pour la santé, la responsabilisation et la rentabilité, et elles tiendraient compte davantage des besoins changeants des Canadiens. Ils étaient d'avis que l'Accord sur la santé de 2004 avait mis en lumière certaines de ces innovations, et ils se sont dits impatientes à l'idée du renouvellement de l'Accord, en 2014, qui viendra renforcer les transformations amorcées dans le cadre de l'Accord de 2004.

s'occuper des cas de MPOC. Enfin, ils ont indiqué que le Canada ne compte pas suffisamment d'omnipraticiens.

Des témoins ont recommandé qu'on accélère la reconnaissance des titres de compétence étrangers des professionnels de la santé afin d'élargir le bassin de professionnels de la santé au Canada; ces nouveaux venus peuvent également apporter une contribution nécessaire sur les plans linguistique et culturel.

La voie à suivre

Le Comité a appris que les gens sont en partie responsables d'adopter un mode de vie sain et actif pour retarder l'apparition des maladies chroniques. Il a été suggéré que les campagnes de sensibilisation du public aideraient à promouvoir la prise en charge autonome de la santé.

Des témoins ont mentionné que le modèle actuel pour composer avec les maladies chroniques n'est plus rentable ni approprié. De nombreux patients, notamment les personnes âgées, reçoivent des soins à l'hôpital et en établissement de soins de longue durée, alors qu'un modèle axé sur les soins communautaires permettrait d'améliorer la qualité de vie, les résultats pour la santé et la capacité des personnes âgées de vieillir en restant à domicile le plus longtemps possible.

Ces témoins ont indiqué qu'on obtiendrait de meilleurs résultats avec des modèles de soins primaires communautaires et axés sur le patient reposant sur des équipes multidisciplinaires, qui seraient conjugués à des services sociaux et de locatifs.

Si le gouvernement et les professionnels de la santé s'occupent de la majeure partie des soins, il reste que beaucoup de familles sont accablées par la responsabilité de fournir des soins non reconnus; ces familles sont stressées, fatiguées et épuisées. Les membres de ces familles ont besoin d'une aide financière et psychologique et de répit. Selon certains témoins, l'élargissement du programme d'assurance-emploi aux aidants naturels et la création du crédit d'impôt non remboursable ne régleront pas complètement ces problèmes; le crédit d'impôt devrait être remboursable afin de permettre aux familles à revenu faible ou modeste d'en tirer parti véritablement.

Déterminants sociaux de la santé

Des témoins ont rappelé au Comité que les principaux déterminants de la santé sont liés au logement et au niveau de revenu, et qu'il est impossible de dissocier les services sociaux et de santé dans la prestation de soins chroniques.

programmes de nutrition des enfants, à l'activité physique et à la prévention des blessures.

En 2010, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont signé une déclaration consensuelle exprimant leur vision commune de donner la priorité à la promotion de la santé, à la prévention des maladies, aux incapacités et aux blessures. Dans cette entente, ils reconnaissent que bien des déterminants de la santé ne sont pas du ressort du secteur de la santé. Le Réseau pancanadien de santé publique a été créé en vue de communiquer l'information, de donner des conseils d'ordre stratégique et technique aux sous-ministres de la Santé F/P/T et d'appuyer les pouvoirs publics en cas d'urgences en santé publique.

L'Initiative canadienne sur les pratiques exemplaires répond au besoin de communiquer les données. Elle inclut le Portail canadien des pratiques exemplaires, qui sert à échanger des connaissances et à vérifier la mise en œuvre des pratiques exemplaires. Le Portail est un recueil d'interventions communautaires liées à la prévention des maladies chroniques et à la promotion de la santé et qui ont fait l'objet d'une évaluation.

Situation de la recherche au fédéral

Un bon nombre des recherches sur les maladies chroniques sont menées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui participent activement à la promotion de la santé et à la prévention des maladies – en particulier le diabète, l'obésité – et à la recherche appliquée sur les blessures.

Les IRSC ont récemment créé l'Institut du vieillissement des IRSC et l'Initiative les Voies de l'équité en santé pour les Autochtones pour faire avancer la recherche sur les inégalités en santé au sein de ces groupes de population.

Situation des ressources humaines de la santé qui se consacrent aux soins des maladies chroniques

Certains témoins ont formulé de vives inquiétudes au sujet des lacunes dans la formation des professionnels de la santé quant au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes âgées. Ces témoins ont fait valoir la nécessité d'adopter une approche intégrée relativement aux ressources humaines de la santé. Par exemple, des témoins ont déclaré que le Canada ne compte que 200 gériatres alors qu'il en faudrait actuellement de 500 à 600 et qu'il en faudra davantage au fur et à mesure que la population vieillit. Ils ont d'ailleurs prédit une pénurie de spécialistes des troubles respiratoires de l'ordre de 35 %, d'ici à 2020, pour

Selon certains témoins, la démence est la raison qui motive le plus souvent le transfert des patients vers d'autres niveaux de soins, et les personnes âgées sont généralement capables de prendre en charge leurs maladies chroniques tant qu'elles ne souffrent pas de démence.

Le Comité a appris que les contraintes financières nuisent à la capacité de beaucoup de patients atteints de maladie chronique de s'acheter leurs médicaments et leur nourriture et de participer à la vie sociale de leur collectivité, une situation susceptible de mener à l'isolement.

Commentaires des témoins sur les mesures de promotion d'un mode de vie sain

Le Comité a appris que le coût annuel des maladies chroniques s'établit à 190 milliards de dollars, de cette somme, 90 milliards de dollars sont attribuables aux traitements et le reste, au manque de productivité. Par conséquent, les maladies chroniques sont non seulement une question de santé, mais aussi une question économique.

Les données montrent que bien des maladies chroniques ne sont pas nécessairement un élément naturel du vieillissement, et qu'on pourrait les prévenir, d'une part, à l'aide de stratégies efficaces de promotion de la santé et de prévention des maladies et, d'autre part, grâce à des politiques sociales visant à atténuer les déterminants négatifs de la santé, comme la pauvreté, le logement inadéquat et les modes de vie malsains.

Aperçu des soins pour les maladies chroniques au Canada

Initiatives publiques

Les représentants de l'Agence de la santé publique du Canada ont parlé d'une série d'initiatives en matière de maladies chroniques, de promotion de la santé et de prévention des maladies en général. Bon nombre de ces initiatives reposent sur des partenariats avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, des ONG et le secteur privé. Les représentants ont fait valoir l'importance d'une approche multisectorielle qui ne se limite pas au portefeuille de la santé. Le Canada a reconnu la nécessité de tabler sur tous les secteurs pour élaborer des stratégies de prévention des maladies chroniques lors d'une réunion tenue sous l'égide des Nations Unies en septembre 2011.

Il a aussi été question de nombreuses initiatives propres à l'alimentation saine et au poids santé, aux stratégies contre le diabète, aux communautés favorables aux aînés, à la nutrition chez les Autochtones, aux programmes de nutrition durant la grossesse, aux

manque d'activité physique et à l'obésité, cette dernière étant responsable de 90 % des cas de diabète de type 2, de 80 % des cas d'insuffisance coronaire et du tiers des cas de cancer. Chez les enfants, le taux d'obésité a quadruplé au cours des 30 dernières années; il est encore plus élevé parmi les enfants autochtones.

Des témoins ont indiqué que la longévité a contribué à faire augmenter l'incidence des maladies cardiovasculaires, des taux de blessures, des douleurs chroniques, de la démence et du cancer; ils ont également indiqué que de 74 à 90 % des personnes âgées sont atteintes d'au moins une affection chronique. Ils ont fait remarquer que, compte tenu de la démographie canadienne, il faudrait créer des modèles de soins chroniques qui tiennent compte des différences culturelles des immigrants et des groupes de réfugiés ainsi que des peuples autochtones.

Selon les statistiques, 80 % des personnes atteintes d'un cancer du poumon ont plus de 60 ans. Le taux de prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), causée par le tabagisme ou l'asthme, chez les gens âgés de 65 à 74 ans est presque trois fois plus élevé que chez les gens appartenant à des groupes d'âges plus jeunes. Enfin, les maladies pulmonaires coûtent 15 milliards de dollars par année au système de santé.

Des témoins ont indiqué que la douleur chronique a une incidence considérable sur la qualité de vie et la productivité, et qu'il faut l'inclure dans les études sur les maladies chroniques. En effet, un Canadien sur cinq vit avec une douleur chronique, et cette dernière est souvent mal diagnostiquée et mal soignée. L'arthrite est la cause la plus fréquente d'invalidité, et elle affecte 4,5 millions de Canadiens.

Les témoins et membres du Comité savaient que la Commission de la santé mentale du Canada était sur le point de publier son rapport, mais beaucoup ont convenu que la maladie mentale est une maladie chronique dont l'incidence est particulièrement élevée chez les personnes âgées. Chez les gens de ce groupe d'âges, la maladie mentale est directement liée à la maladie physique. En effet, 15 % des personnes âgées qui vivent dans la collectivité sont atteintes de dépression. Cependant, cette proportion peut aller jusqu'à 80 ou 90 % dans les établissements de soins de longue durée. D'après les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé, d'ici 2020, la dépression sera la deuxième cause de perte d'années de vie productive et de vies raccourcies par une mort prématurée. Certains témoins ont parlé de la complication la plus tragique de la dépression : le suicide. Le taux de suicide chez les hommes de 90 ans et plus se situe à 33,1 sur 100 000 habitants, ce qui est presque le double de la moyenne pour tous les groupes d'âge. Les maladies chroniques figurent parmi les facteurs susceptibles de mener au suicide chez les personnes âgées.

L'accroissement de la longévité et la montée en flèche de l'incidence des maladies chroniques ont eu un effet considérable sur la prestation des soins de santé au Canada et ont pour conséquence d'intensifier les pressions exercées sur les programmes d'assurance-maladie. Parallèlement, il est possible d'atténuer ce fardeau grâce à la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le Comité a convenu des motions suivantes :

- « Que le Comité entreprenne une étude sur les maladies chroniques liées au vieillissement à compter du mercredi 5 octobre 2011, et que la présidente fasse rapport des conclusions du Comité à la Chambre des communes. »
- « Que le Comité entreprenne une étude sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et qu'il y consacre quatre (4) réunions à compter du mercredi 16 novembre 2011. »

Pendant 17 réunions, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a entendu de nombreux témoignages sur ces questions. Parmi les témoins, on comptait des professionnels de la santé, des porte-parole d'organisations non gouvernementales (ONG), des défenseurs des droits des patients, des chercheurs ainsi que des fonctionnaires du milieu de la Santé.

En grande partie, les témoins s'entendaient sur la nature des problèmes et les solutions possibles, s'appuyant sur des données et des résultats de recherche solides ayant trait aux maladies chroniques, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Le Parti libéral est d'avis que le rapport et les recommandations n'illustrent pas adéquatement le témoignage des témoins.

Pour cette raison, le Parti libéral a jugé qu'il était essentiel de produire le présent Rapport dissident.

Ce que le Comité a entendu

Selon Statistique Canada, l'espérance de vie s'établit à 80,9 ans. Cette longévité s'explique en grande partie par des politiques de santé publique progressistes, l'accès aux services de soins de santé ainsi que les nouvelles technologies diagnostiques et thérapeutiques. Toutefois, cette tendance positive a commencé à fléchir. Selon certains témoins, ce déclin est attribuable au tabagisme, à une mauvaise alimentation, à un

en considération les déterminants de la santé; en améliorant l'accès aux services de santé; et en permettant aux gens d'obtenir des soins à domicile pendant plus longtemps.

Santé mentale

Les efforts du gouvernement fédéral pour améliorer la santé des Canadiens doivent inclure des initiatives en santé mentale. À maintes reprises, des témoins ont indiqué au Comité que le maintien d'une bonne santé mentale est une composante essentielle d'un mode de vie sain, et que s'attaquer aux problèmes de santé mentale peut être déterminant pour recouvrer la santé de façon globale. La Commission de la santé mentale du Canada a publié récemment le rapport *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, elle y présente un cadre dans lequel tous les paliers de gouvernement travailleraient de façon coordonnée pour améliorer les services de santé mentale au Canada.

*Recommandation 1 : Que la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral travaillent avec leurs homologues des provinces et territoires pour mettre en œuvre les recommandations que la Commission de la santé mentale du Canada a formulées dans son rapport *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, et que le fédéral accorde du financement à cette fin.*

Conclusion

Le NPD est d'avis que ces recommandations répondront aux préoccupations soulevées par les experts des domaines du mode de vie sain et du vieillissement. Il est également d'avis que ce rapport vient parfaire le rapport du Comité permanent de la santé sur les maladies chroniques liées au vieillissement, la promotion de la santé et la prévention des maladies, en ce sens qu'il présente des recommandations concrètes qui renforceront les services de soins de santé partout au Canada et qui aideront les Canadiens à mener une vie plus saine, plus longtemps. Par ailleurs, ce rapport montre bien le rôle de chef de file que doit jouer le gouvernement fédéral pour créer un système de soins de santé public plus rentable et répondant davantage aux besoins des Canadiens tout au long de leur vie.

personnes à faible revenu ou des habitants des régions éloignées, notamment les communautés autochtones et inuites. La production de produits locaux frais subventionnés améliorerait l'accès à une alimentation saine.

Recommandation 9 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à reconsidérer les compressions à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme puisque le tabac est la première cause de maladies, d'incapacités et de décès évitables qui coûtent au système de santé 4 milliards de dollars par an et entraînent la mort de 37 000 personnes par an.

Recommandation 10 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à investir davantage dans la promotion des habitudes de vie saines chez les Premières nations. Les témoins ont bien démontré que les Premières nations constituent un groupe de la population avec un risque plus élevé de faire face à des problèmes de santé que la moyenne canadienne. La santé des Premières nations est une responsabilité fédérale qui doit être prise au sérieux.

Vieillir en santé

Une stratégie nationale de promotion du vieillissement en santé est primordiale aux efforts du gouvernement fédéral de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. Comme l'ont dit les témoins, plus les Canadiennes et les Canadiens vieillissent, plus leurs besoins en soins de santé se complexifient puisqu'ils souffrent souvent de plus d'une maladie chronique. Une stratégie nationale sur le vieillissement serait d'une envergure suffisante pour répondre aux besoins complexes en soins de santé des personnes vieillissantes à condition d'être étayée par des stratégies en matière de soins à domicile, à long terme et palliatifs.

Recommandation 1 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à collaborer avec leurs homologues provinciaux et territoriaux à l'élaboration d'une stratégie à long terme axée sur l'application de normes de santé nationales, l'accessibilité financière et la disponibilité. Cette stratégie évaluerait le besoin de soins à long terme abordables et accessibles au Canada et consacrerait des fonds à la satisfaction de ce besoin.

Recommandation 2 : Le NPD demande au gouvernement fédéral d'accorder des subventions et des crédits d'impôt aux aidants naturels, entre autres, a) en augmentant les prestations de compassion et en en modifiant les critères de manière à augmenter le nombre d'aidants naturels admissibles; b) en instituant une prestation fiscale remboursable au titre des frais médicaux engagés par les aidants naturels.

Recommandation 3 : Le NPD invite la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à travailler de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'élaborer une stratégie nationale pour vieillir en santé. Cette stratégie mettrait l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies en favorisant l'adoption d'habitudes de vie saines; en soutenant les aidants naturels et soignants professionnels; en prenant

chroniques associées au vieillissement et aux habitudes de vie malsaines diminueraient.

Recommandation 1 : Le NPD invite l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada à collaborer avec leurs homologues provinciaux et territoriaux pour promouvoir la prise en compte des réalités ethniques et culturelles.

Recommandation 2 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à mettre en œuvre une stratégie nationale contre la douleur modelée sur celle que propose la Société canadienne de la douleur. Cette stratégie comporterait entre autres la mise en place d'équipes pluridisciplinaires de traitement de la douleur; le soulagement en temps opportun de la douleur; le financement de la recherche sur la douleur; et la formation des professionnels de la santé et du grand public à la gestion de la douleur.

Recommandation 3 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à donner suite aux recommandations du rapport de juin 2006 du Groupe d'étude sur les graisses trans intitulé *TRANSformer l'approvisionnement alimentaire* portant d'éliminer la quantité de gras trans dans les plats cuisinés. Nous exhortons aussi la ministre à donner suite au rapport de juillet 2010 du Groupe d'étude sur la réduction du sodium et notamment à sa recommandation d'une *Stratégie de réduction du sodium pour le Canada*.

Recommandation 4 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à collaborer avec leurs homologues provinciaux et territoriaux pour faire adopter une loi semblable à la Loi sur la protection du consommateur du Québec, qui parvient à limiter l'impact de la publicité sur les enfants.

Recommandation 5 : Le NPD encourage tous les niveaux de gouvernement à s'engager à faire passer les sommes destinées à la promotion de la santé, de l'activité physique et du sport de 0,9 % en 2011-2012 à 5 % par an du total consacré à la santé publique.

Recommandation 6 : Le NPD exhorte Santé Canada à modifier le règlement sur l'étiquetage des produits alimentaires afin que l'information nutritionnelle figure sur le devant des paquets. Il faudrait que les renseignements nutritionnels importants (la teneur en sodium et en gras, par exemple) soient bien en vue.

Recommandation 7 : Le NPD recommande que le gouvernement fédéral fasse du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants un crédit d'impôt remboursable. Nous recommandons également la création d'un crédit remboursable pour la condition physique des adultes.

Recommandation 8 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à reconnaître que les facteurs socioéconomiques ont une incidence sur l'adoption d'habitudes de vie saines. L'accès à des aliments sains est limité dans le cas des

essentiellement de compétence fédérale, est malheureusement restée lettre morte. Un tel plan permettrait non seulement à notre système de santé de faire des économies de milliards de dollars annuellement, mais aiderait en plus les Canadiennes et les Canadiens à se procurer des médicaments plus efficaces, notamment les 23 % d'entre eux souffrant de maladies chroniques qui n'ont pas les moyens de faire remplir leurs ordonnances (Conseil canadien de la santé, *Comment les Canadiens plus malades atteints de maladies chroniques évaluent-ils le système de soins de santé?*, 2011).

En décembre 2011, le ministre des Finances, Jim Flaherty, a annoncé une réduction du Transfert canadien en matière de santé, sans consultations préalables avec les gouvernements des provinces et territoires. Le directeur parlementaire du budget a indiqué que ces coupures priveraient les provinces et territoires de plus de 30 milliards de dollars, les forçant ainsi à couper des services essentiels. Les premier ministres des provinces et territoires ont fait front commun contre cette décision du fédéral, lui demandant de négocier avec eux un nouvel accord.

Recommandation 1 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à collaborer avec leurs homologues provinciaux et territoriaux pour tenir les engagements des accords sur la santé de 2003-2004 en ce qui concerne notamment les soins à domicile et la couverture universelle des médicaments d'ordonnance qui comprennent une stratégie globale des soins à domicile, des soins palliatifs et des soins complémentaires qui permettrait de réaliser des économies à long terme tout en améliorant la santé de millions de Canadiens. Le gouvernement fédéral doit convenir avec les gouvernements provinciaux et territoriaux d'un niveau de financement adéquat afin d'atteindre des résultats mesurables en soins de santé.

Recommandation 2 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à consacrer des fonds dédiés aux services intégrés de soins primaires en milieu communautaire comme moyen plus efficace et plus économique d'utiliser les ressources. Il s'agirait entre autres de créer des services de santé en milieu communautaire à des équipes pluridisciplinaires.

Habitudes de vie saines

Il importe d'examiner les moyens de s'attaquer au problème des maladies chroniques et d'encourager les Canadiennes et Canadiens à adopter des habitudes de vie saines tout au long de leur vie. Les mesures peuvent aller de favoriser l'accès à une alimentation à forte valeur nutritive, inciter à l'activité physique, produire des campagnes d'éducation et éliminer les obstacles socioéconomiques et culturels qui empêchent les Canadiens d'accéder aux soins. Il est important de souligner le manque de leadership du gouvernement conservateur de mettre en place des mesures législatives qui contribueraient à vivre sainement comme la réglementation du sodium, des gras trans et des sucres dans les plats cuisinés. Il est inacceptable que le Canada soit à la traîne dans les réformes fondamentales de santé publique. Ces mesures doivent obtenir un financement fédéral stable et adéquat afin qu'elles puissent être efficaces. Si le gouvernement fédéral prenait les devants en matière de prévention, les maladies

Rapport minoritaire : Maladies chroniques liées au vieillissement et promotion de la santé et prévention des maladies

Présenté par les députés:

Libby Davies, NPD, (Vancouver-Est); Djaouda Sellah, NPD, (Saint-Bruno-Saint-Hubert); Dany Morin, NPD, (Chicoutimi-Le Fjord); Matthew Kellway, NPD, (Beaches-East York).

Introduction

Plus que jamais, le leadership du gouvernement fédéral est nécessaire afin de renouveler, soutenir financièrement et renforcer notre système de santé public. Le rapport du Comité permanent de la santé fait état d'un important corpus de recherche sur les maladies chroniques liées au vieillissement et traite des grands enjeux de promotion de la santé et de prévention des maladies. Le NPD estime cependant que d'autres recommandations s'imposent pour améliorer l'imputabilité et stimuler l'innovation du gouvernement fédéral en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Le NPD déplore le fait que peu de progrès aient été accomplis par le gouvernement fédéral sur des enjeux aussi cruciaux. Le gouvernement fédéral doit prendre les devants et mettre en place un plan efficace pour promouvoir la santé et la prévenir les maladies pour le plus grand bien des Canadiennes et des Canadiens de tous âges.

Sur la foi des témoignages reçus par le Comité permanent de la santé, le NPD émet des recommandations axées autour de trois importantes thématiques, soit : les accords sur la santé; les habitudes de vie saines; et vieillir en bonne santé.

Accords sur la santé

En 2004, les premiers ministres du Canada, des provinces et des territoires se sont donnés dix ans pour opérer un certain nombre de réformes visant à renforcer le système de santé canadien. Parmi ces engagements, il y avait la reconnaissance des soins à domicile et des soins primaires comme étant des méthodes économiques de prestation des soins de santé. L'accord de 2004 prévoyait aussi une stratégie relative aux produits pharmaceutiques afin que les Canadiennes et les Canadiens puissent avoir accès aux médicaments nécessaires pour leur assurer un traitement efficace.

Des modèles récents de prestation de soins de santé comme les soins à domicile et les soins palliatifs s'avèrent moins coûteux que l'hospitalisation, tout en ayant l'avantage de garder les malades dans un environnement qui leur est plus familier. Dans son rapport de 2002, Roy Romanow recommandait l'établissement d'un transfert fédéral en matière de soins à domicile pouvant servir à instaurer un programme national de services à domicile (*Guide par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada, 2002*).

L'Accord de 2004 sur la santé comportait aussi une stratégie relative aux produits pharmaceutiques visant à réduire le coût des médicaments. Cette proposition, qui est

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents à l'étude sur les maladies chroniques liées au vieillissement (réunions n^{os} 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 30, 42, 43, 44 et 45) est déposé.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents à l'étude sur la promotion de la santé et la prévention des maladies (réunions n^{os} 19, 20, 21, 25, 26, 27, 30, 42, 43, 44 et 45) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,

Joy Smith, députée

ANNEXE D
PROMOTION DE LA SANTÉ ET
PRÉVENTION DES MALADIES
LISTE DES MÉMOIRES

Organisations et individus

Association canadienne des ergothérapeutes

Association canadienne des hygiénistes dentaires

Association canadienne des parcs et loisirs

Association médicale canadienne

Coalition canadienne pour la santé publique au 21^e siècle

Les diététistes du Canada

ParticipACTION

Produits alimentaires et de consommation du Canada

Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé

Saskatoon Health Region

YMCA Canada

ANNEXE C
MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT
LISTE DES MÉMOIRES

Organisations et individus

Abbott Laboratories Ltd.

Associated Medical Services Inc.

Association canadienne des individus retraités

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada

Estabrooks, Carole

Société Parkinson Canada

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Association canadienne des ergothérapeutes</p> <p>Mary Forhan, ergothérapeute, Liaison avec le réseau canadien obésité</p> <p>Claudia von Zweck, directrice générale</p> <p>BC Healthy Living Alliance</p> <p>Cathy Adair, représentante, Vice-présidente, Contrôle du cancer, Société canadienne du cancer, division de la Colombie-Britannique et du Yukon</p> <p>Mary Collins, directrice du secrétariat</p> <p>University of Western Ontario</p> <p>Martin Cooke, partenaire de recherche, Professeur agrégé, Université de Waterloo</p> <p>Piotr Wilk, professeur adjoint</p>	2012/02/09	27

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

Éducation physique et santé Canada
 2011/12/12 21

Andrea Grantham, directrice exécutive et présidente-directrice générale
 Chris Jones, représentant,
 Chef sénior, Le sport est important

Participation

Kelly Murnumets, présidente et chef de la direction
YMCA Canada

Scott Haldane, président et directeur général

Centre pour la science dans l'intérêt public

2012/02/02

25

Bill Jeffery, coordonnateur national

Produits alimentaires et de consommation du

Canada

Phyllis Tanaka, vice-présidente,
 Affaires scientifiques et réglementaires (Politique alimentaire)

Québec en Forme

Diane LeMay, directrice adjointe,
 Partenariats, transfert de connaissances et innovation

Manon Paquette, conseillère provinciale en nutrition,
 Partenariats, transfert de connaissances et innovation

Saskatoon Health Region

Nancy Kiebaum, directrice de la santé primaire

Pensez d'Abord Canada

2012/02/07

26

Produits de santé consommateurs du Canada

Rebecca Nesdale-Tucker, directrice exécutive

Sécurité Canada

2012/02/07

26

David Skinner, président

Gerry Harrington, directeur,
 Affaires publiques

University of British Columbia

Pamela Fuselli, directrice générale

Paul Kershaw, professeur,
 Human Early Learning Partnership

À titre personnel

2012/02/09

27

Rita Orji, étudiante au doctorat,
 Université de la Saskatchewan

ANNEXE B

PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES

LISTE DES TÉMOINS

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Agence de la santé publique du Canada</p> <p>Kim Elmslie, directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques</p> <p>Instituts de recherche en santé du Canada</p> <p>Nancy Edwards, directrice scientifique, Institut de la santé publique et des populations</p> <p>Philip Sherman, directeur scientifique, Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète</p> <p>Ministère de la Santé</p> <p>Hasan Hutchinson, directeur général, Direction générale des produits de santé et des aliments</p> <p>Catherine MacLeod, sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale des produits de santé et des aliments</p> <p>Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada</p> <p>Craig Larsen, directeur exécutif</p> <p>Ida Thomas, présidente</p> <p>Association canadienne de santé publique</p> <p>Ian Culbert, directeur, Communications et développement</p> <p>Debra Lynkowsk, chef de la direction</p> <p>Régrouperement canadien des associations de centres communautaires de santé</p> <p>Jane Moloney, présidente</p> <p>Scott Wolfe, coordinateur fédéral</p> <p>Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p> <p>Patrick Morency, médecin spécialiste en santé communautaire, Environnement urbain et santé, Direction de santé publique</p>	2011/12/05	19
<p>Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada</p>	2011/12/07	20
<p>Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p>	2011/12/12	21

Organisations et individus	Date	Réunion
Fondation Docteur Benoit Deshaies Robert Guimond, secrétaire	2011/11/23	16
À titre personnel François Béland, professeur, Département d'administration de la santé, Université de Montréal	2011/11/28	17
Canada Directeurs des services médicaux d'urgence du Mark Rosenberg, professeur, Département de géographie et département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Queen's		
Baycrest Michael Nolan, président		
William Reichman, président et chef de la direction À titre personnel Sylvie Belleville, directrice de la recherche, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal	2011/11/30	18
Margaret McGregor, professeure clinicienne agréée, Département de médecine familiale, University of British Columbia; associée de recherche, Centre de recherche sur les services et les politiques en matière de santé et Centre d'épidémiologie et d'évaluation cliniques, Vancouver Coastal Health Centre Université Lakehead Michel Bédard, chaire de recherche du Canada sur le vieillissement et la santé, Département des sciences de la santé et du Centre de recherche sur la sécurité au volant		

Organisations et individus			Date	Réunion
A titre personnel			2011/10/31	12
Suzanne Garon, chercheure principale, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke				
Dorothy Pringle, professeure émérite, Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg, Université de Toronto				
Association des pharmaciens du Canada				
Phil Emberley, directeur, Innovation dans la pratique de la pharmacie				
Jeff Poston, directeur exécutif				
Initiative nationale pour le soin des personnes âgées				
Sandra Hirst, membre de l'exécutif				
À titre personnel			2011/11/02	13
Elizabeth Badley, professeure, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto; scientifique principale, Toronto Western Research Institute, University Health Network				
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé				
Maureen O'Neil, présidente				
Associated Medical Services Inc.			2011/11/16	14
Jeffrey Turnbull, membre, Conseil d'administration				
Coalition canadienne contre la douleur				
Lynn Cooper, présidente				
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées				
Kimberley Wilson, directrice exécutive				
Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec				
Régine Laurent, présidente				
Lucie Mercier, conseillère syndicale, Secteur sociopolitique				
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.			2011/11/23	16
Stephen Frank, vice-président, Elaboration des politiques et Maladie				

Organisations et individus	Date	Réunion
Fondation des maladies du coeur du Canada Manuel Arango, directeur, Politique de la santé Mike Sharma, représentant expert Partenariat canadien contre le cancer Jessica Hill, présidente-directrice générale Leanne Kitchen Clarke, vice-présidente, Affaires publiques Association canadienne des individus retraités Susan Eng, vice-présidente, Défense des droits Michael Niclin, agent des relations gouvernementales et d'élaboration des politiques Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s Patricia Clark, directrice exécutive nationale Fédération des aînées et aînés francophones du Canada Jean-Luc Racine, directeur général Instituts de recherche en santé du Canada Yves Joannette, directeur scientifique, Institut du vieillissement Associated Medical Services Inc. William Shragge, président-directeur général Coalition canadienne contre la douleur Lynn Cooper, présidente Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées Kimberley Wilson, directrice exécutive Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec Régine Laurent, présidente Lucie Mercier, conseillère syndicale, Secteur sociopolitique À titre personnel Carole Estabrooks, professeure, Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta; chaire de recherche du Canada sur l'application des connaissances	2011/10/19 2011/10/24 2011/10/26 2011/10/26 2011/10/26 2011/10/31	9 10 11 11 11 12

ANNEXE A

MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT

LISTE DES TÉMOINS

Organisations et individus	Date	Réunion
Agence de la santé publique du Canada Cathy Bennett, directrice par intérim, Division du vieillissement et des aînés, Centre de promotion de la santé Kim Elmslie, directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques	2011/10/05	7
Association chiropratique canadienne John Tucker, directeur, Relations gouvernementales et interprofessionnelles Eleanor White, présidente	2011/10/17	8
Association des infirmières et infirmiers du Canada Barb Mildon, présidente désignée Don Wildfong, infirmier conseiller, Politique et leadership		
Association médicale canadienne John Haggie, président Maura Ricketts, directrice, Bureau de la santé publique		
Société canadienne de gériatrie Frank Molnar, secrétaire-trésorier, Membre de l'exécutif		
Association canadienne du diabète Aileen Leo, directrice associée, Politique publique, relations gouvernementales et affaires publiques	2011/10/19	9
Association pulmonaire du Canada Rosario Holmes, éducatrice, Domaine de l'asthme et de la maladie pulmonaire obstructive chronique, Association pulmonaire de l'Ontario Christopher Wilson, directeur, Affaires publiques et du plaidoyer, Bureau national	2011/10/19	9

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1

QUE LA MINISTRE DE LA SANTÉ CONTINUE D'ENGAGER UN DIALOGUE AVEC LES MINISTRES DE LA SANTÉ, DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU MODE DE VIE SAIN DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES SUR LA NÉCESSITÉ D'ADAPTER LES SOINS DE SANTÉ EN FONCTION D'UN MODÈLE D'AVANTAGE INTERDISCIPLINAIRE ET MULTISECTORIEL

30

RECOMMANDATION 2

QUE LA MINISTRE DE LA SANTÉ CONTINUE DE TENDRE LA MAIN AUX PROVINCES ET TERRITOIRES POUR METTRE EN COMMUN LES PRATIQUES EXEMPLAIRES SUR :

- LE CHAMP D'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ;

- LE RECOURS POSSIBLE À DES ÉQUIPES SOIGNANTES;

- LES APPROCHES DE SOINS MULTISECTORIELLES QUI INCLUENT NON SEULEMENT LES SERVICES DE SANTÉ CLASSIQUES, MAIS AUSSI

LES SERVICES SOCIAUX NÉCESSAIRES POUR MAINTENIR UNE

BONNE QUALITÉ DE VIE ET PRENDRE EN CHARGE LES CONDITIONS

DE SANTÉ

30

RECOMMANDATION 3

QUE LE GOUVERNEMENT DU CANADA CONTINUE DE RECOURIR À DES APPROCHES INTÉGRÉES ET MULTISECTORIELLES DE SOINS LORSQUE CELA S'AVÈRE NÉCESSAIRE ET PERTINENT.

30

RECOMMANDATION 4

QUE LES INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA CONTINUENT D'APPUYER LA RECHERCHE SUR LES MALADIES CHRONIQUES

31

RECOMMANDATION 5

QUE SANTÉ CANADA CONTINUE À COLLABORER AVEC L'INDUSTRIE COMPÉTENTE AFIN DE L'INCITER À OFFRIR VOLONTAIREMENT DES CHOIX SANTÉ AUX CANADIENS

31

RECOMMANDATION 6

QUE SANTÉ CANADA CONTINUE À FAIRE LA PROMOTION DE CHOIX DE MODES DE VIE SAINS POUR TOUS LES CANADIENS AFIN DE RENDRE CES CHOIX PLUS FACILES

31

190	IRSC-Institut du vieillissement, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
191	Baycrest Centre for Geriatric Care, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
192	APC, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
193	ACC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011; François Béland, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
194	ACD et APC, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011; Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011; Mark Rosenberg, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
195	Partenariat canadien contre le cancer, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011; François Béland, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
196	Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, <i>Témoignages</i> , 7 décembre 2011.

169	AMC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; FMC, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre/16 novembre 2011.
170	Allic, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre/16 novembre 2011.
171	Association canadienne des individus retraités, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011; APHC, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
172	IRSC-Institut du vieillissement, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
173	Suzanne Garon, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
174	Carole Estabrooks, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011; Sylvie Belleville, <i>Témoignages</i> , 30 novembre 2011.
175	APHC, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011; Directeurs des services médicaux d'urgence, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
176	Baycrest Centre for Geriatric Care, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
177	Rita Orji, <i>Témoignages</i> , 9 février 2012.
178	FMC, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
179	ASPC, <i>Témoignages</i> , 5 octobre 2011.
180	Partenariat canadien contre le cancer, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
181	ACD, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
182	ASPC, <i>Témoignages</i> , 5 octobre 2011.
183	Coalition canadienne contre la douleur, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011.
184	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011; Société Parkinson Canada (mémoire).
185	Allic, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; Société Parkinson Canada (mémoire).
186	BC Healthy Living Alliance, <i>Témoignages</i> , 9 février 2012.
187	AMC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; APC, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, Mark Rosenberg et François Beland, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011; Margaret McGregor, <i>Témoignages</i> , 30 novembre 2011.
188	Partenariat canadien contre le cancer et Fondation des maladies du cœur, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
189	AMC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011.

- 145 Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, *Témoignages*, 7 décembre 2011.
- 146 ParticipACTION, *Témoignages*, 12 décembre 2011.
- 147 *Ibid.*
- 148 Pensez d'Abord Canada, *Témoignages*, 7 février 2012.
- 149 SécuritéJeunes Canada, *Témoignages*, 7 février 2012.
- 150 *Ibid.*
- 151 Éducation physique et santé Canada, *Témoignages*, 12 décembre 2011.
- 152 *Ibid.*
- 153 BC Healthy Living Alliance, *Témoignages*, 9 février 2012.
- 154 *Ibid.*
- 155 Rita Orji, *Témoignages*, 9 février 2012.
- 156 *Ibid.*
- 157 François Bêland, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 158 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 159 Carole Estabrooks et Dorothy Pringle, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 160 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 161 Margaret McGregor, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 162 CSIP, *Témoignages*, 2 février 2012; Les diététistes du Canada (mémoire).
- 163 FMC, *Témoignages*, 19 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011.
- 164 APHC, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 165 AIIIC, 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011/16 novembre 2011; Margaret McGregor, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 166 APHC, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 167 AIIIC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011; Margaret McGregor, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 168 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; APHC, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011.

144	CSIP, <i>Témoignages</i> , 2 février 2012; BC Healthy Living Alliance, <i>Témoignages</i> , février 2012.
143	Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, <i>Témoignages</i> , 7 décembre 2011; Les diététistes du Canada (mémoire).
142	Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, <i>Témoignages</i> , 7 décembre 2011.
141	Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, <i>Témoignages</i> , 7 décembre 2011; CSIP, <i>Témoignages</i> , 2 février 2012; BC Healthy Living Alliance, <i>Témoignages</i> , 9 février 2012; Les diététistes du Canada (mémoire).
140	<i>Ibid.</i>
139	Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, <i>Témoignages</i> , 7 décembre 2011.
138	Produits alimentaires et de consommation du Canada, <i>Témoignages</i> , 2 février 2012.
137	Carole Estabrooks, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
136	Associated Medical Services, <i>Témoignages</i> , 16 novembre 2011; François Beland, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
135	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011.
134	Association canadienne des individus retraités, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
133	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, <i>Témoignages</i> , 16 novembre 2011.
132	SCG, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; Fondation Docteur Benoit Deshaies, <i>Témoignages</i> , 23 novembre 2011.
131	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011.
130	IRSC-Institut du vieillissement, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
129	AMC et AllC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; APHC, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011; Margaret McGregor, <i>Témoignages</i> , 30 novembre 2011.
128	APHC, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011.
127	Directeurs des services médicaux d'urgence, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
126	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011.
125	François Beland, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
124	IRSC-Institut du vieillissement, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
123	ASPC, <i>Témoignages</i> , 5 octobre 2011.
122	Dorothy Pringle, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011; François Beland, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.

- 102 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, 31 octobre 2011; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 103 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 104 Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, *Témoignages*, 28 novembre 2011; Michel Bédard, *Témoignages*, 30 novembre 2011; Société Parkinson Canada (mémoire).
- 105 Carole Estabrooks, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 106 *Ibid.*
- 107 Baycrest Centre for Geriatric Care, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 108 Carole Estabrooks, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 109 AMC, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 110 ACD, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 111 Fondation Docteur Benoit Deshaies, *Témoignages*, 23 novembre 2011.
- 112 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 113 François Beland, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 114 Dorothy Pringle, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 115 IRSC-Institut du vieillissement, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 116 AIIIC, ACC et SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Carole Estabrooks et Dorothy Pringle, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 16 novembre 2011; François Beland et Mark Rosenberg, *Témoignages*, 28 novembre 2011; Margaret McGregor et Sylvie Belleville, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 117 AMC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Coalition canadienne contre la douleur, *Témoignages*, 26 octobre 2011; APHC, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Elizabeth Badley, *Témoignages*, 2 novembre 2011.
- 118 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 119 Margaret McGregor, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 120 Associated Medical Services, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 121 IRSC-Institut du vieillissement, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Dorothy Pringle, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011; François Beland, *Témoignages*, 28 novembre 2011.

79	IRSC-Institut du vieillissement et Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011.
80	AMC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
81	Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
82	Suzanne Garon, 31 octobre 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
83	SCG, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
84	Partenariat canadien contre le cancer, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
85	Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
86	ACC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
87	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011.
88	ACC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
89	Association canadienne des compagnies d'assurances de personne, <i>Témoignages</i> , 23 novembre 2011.
90	<i>Ibid.</i>
91	SCG, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
92	Directeurs des services médicaux d'urgence, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
93	Baycrest Centre for Geriatric Care et Directeurs des services médicaux d'urgence, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011; AllC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
94	AllC et SCG, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
95	AllC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; APHC, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011; Directeurs des services médicaux d'urgence, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
96	Associated Medical Services, <i>Témoignages</i> , 16 novembre 2011.
97	Association canadienne des individus retraités, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
98	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011.
99	AllC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011; APHC, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
100	AllC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
101	Association canadienne des individus retraités, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.

57	Elizabeth Badley, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011.
58	Abbott (mémoire).
59	Coalition canadienne contre la douleur, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011.
60	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011.
61	Elizabeth Badley, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011.
62	APhC, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
63	<i>Ibid.</i>
64	Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
65	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011.
66	ACD, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011; Elizabeth Badley, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011; FMC, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
67	APhC, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
68	AMC et SCG, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s et IRSC-Institut du vieillissement, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées et Coalition canadienne contre la douleur, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, 31 octobre 2011; Elizabeth Badley, 2 novembre; Sylvie Belleville, <i>Témoignages</i> , 30 novembre 2011.
69	Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
70	SCG, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
71	SCG, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011.
72	SCG et AMC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, 31 octobre 2011; Sylvie Belleville, <i>Témoignages</i> , 30 novembre 2011.
73	SCG, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
74	ASPC, <i>Témoignages</i> , 5 octobre 2011.
75	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, 31 octobre 2011.
76	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011.
77	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 16 novembre 2011.
78	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011.

30	ASPC, <i>Témoignages</i> , 5 octobre 2011.
31	IRSC, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
32	IRSC, <i>Témoignages</i> , 5 décembre 2011.
33	Société canadienne de gériatrie (SCG), <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
34	APC, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
35	AMC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
36	SCG, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
37	Dorothy Fringle, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
38	Sylvie Belleville, <i>Témoignages</i> , 30 novembre 2011, IRSC-Institut du vieillissement, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
39	Associated Medical Services, <i>Témoignages</i> , 26 octobre 2011.
40	Association canadienne des individus retraités, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
41	APHC, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
42	Directeurs des services médicaux d'urgence, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
43	SCG, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
44	Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
45	APHC, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
46	Mark Rosenberg, <i>Témoignages</i> , 28 octobre 2011.
47	Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
48	Association canadienne des individus retraités, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
49	ACD, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
50	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec et Associated Medical Services, <i>Témoignages</i> , 16 novembre 2011.
51	Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011.
52	Partenariat canadien contre le cancer, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
53	<i>Ibid.</i>
54	FMC, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
55	APC, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011.
56	<i>Ibid.</i>

5	<i>Ibid.</i>
6	Centre pour la science dans l'intérêt public (CSIP), <i>Témoignages</i> , 2 février 2012.
7	ParticipACTION, <i>Témoignages</i> , 12 décembre 2011; Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), <i>Témoignages</i> , 5 décembre 2011.
8	Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), <i>Témoignages</i> , 5 décembre 2011.
9	YMCA Canada, <i>Témoignages</i> , 12 décembre 2011.
10	Martin Cooke, Université de Waterloo, <i>Témoignages</i> , 9 février 2012.
11	Éducation physique et santé Canada, <i>Témoignages</i> , 12 décembre 2011.
12	ParticipACTION, <i>Témoignages</i> , 12 décembre 2011.
13	<i>Ibid.</i>
14	Association des pharmaciens du Canada (APhC), <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
15	ASPC, <i>Témoignages</i> , 5 octobre 2011.
16	Mark Rosenberg, Université Queen's, <i>Témoignages</i> , 28 novembre 2011.
17	Margaret McGregor, University of British Columbia, <i>Témoignages</i> , 30 novembre 2011.
18	Association médicale canadienne (AMC), <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; ASPC, 5 octobre 2011.
19	ASPC, <i>Témoignages</i> , 5 octobre 2011.
20	APhC, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.
21	AMC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
22	ASPC, <i>Témoignages</i> , 5 octobre 2011.
23	Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC), <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011.
24	<i>Ibid.</i>
25	Association chiropratique canadienne (ACC) et AIIIC, <i>Témoignages</i> , 17 octobre 2011; Association canadienne du diabète (ACD), Partenariat canadien contre le cancer, Fondation des maladies du cœur (FMC) et APC, <i>Témoignages</i> , 19 octobre 2011; Coalition d'une vie active pour les aînées, <i>Témoignages</i> , 24 octobre 2011; Elizabeth Badley, <i>Témoignages</i> , 2 novembre 2011.
26	ASPC, <i>Témoignages</i> , 5 octobre 2011.
27	<i>Ibid.</i>
28	<i>Ibid.</i>
29	ASPC, <i>Témoignages</i> , 5 octobre 2011, Suzanne Garon, <i>Témoignages</i> , 31 octobre 2011.

nombre de personnes formées dans certaines spécialités. Finalement, des témoins ont parlé de l'importance de rendre concrets les résultats de recherche. Le Comité convient que les résultats de recherche doivent être accessibles et s'avérer utiles aux intervenants.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que les Instituts de recherche en santé du Canada continuent d'appuyer la recherche sur les maladies chroniques;

Que Santé Canada continue à collaborer avec l'industrie compétente afin de l'inciter à offrir volontairement des choix santé aux Canadiens;

Que Santé Canada continue à faire la promotion de choix de modes de vie sains pour tous les Canadiens afin de rendre ces choix plus faciles.

Conclusion

Au cours de l'étude du Comité, divers témoins ont déclaré que les modes de vie sains, même lorsqu'ils sont adoptés tardivement, ont une incidence fortement positive sur la santé et peuvent contribuer à réduire la prévalence des maladies chroniques. Afin d'inciter les Canadiens à améliorer leur état de santé, des fonctionnaires et des intervenants nationaux et régionaux ont présenté des projets visant à appuyer les modes de vie sains, et à en faire la promotion, ainsi qu'à réduire le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. La réduction du fardeau de ces maladies grâce à l'adoption d'un mode de vie sain passe d'abord par la participation de la population. Cependant, les initiatives des gouvernements sont essentielles à la promotion de saines habitudes. En outre, des représentants des IRSC et des chercheurs universitaires ont fait part de leurs conclusions sur les moyens à prendre pour alléger ce fardeau et pour aider les gens à adopter des habitudes plus saines. Le Comité soutient ceux qui mènent des recherches sur les maladies chroniques et la promotion de la santé et attend avec impatience d'en voir les effets concrets sur l'amélioration des soins de santé. Enfin, le Comité est sûr que le gouvernement fédéral continuera de faire preuve de leadership et incitera les provinces et territoires à optimiser leur approche de la promotion de modes de vie sains et de la gestion des soins des Canadiens atteints de maladies chroniques.

- 1 Agence de la santé publique du Canada (ASPC), *Témoignages*, 5 octobre 2011.
- 2 ASPC, *Témoignages*, 5 décembre 2011.
- 3 Association canadienne de santé publique (ACSP), *Témoignages*, 7 décembre 2011.
- 4 YMCA Canada, *Témoignages*, 12 décembre 2011.

et territorial. Le Comité convient que le gouvernement fédéral joue un rôle clé pour inciter au partage des renseignements et à la mise en commun des pratiques exemplaires. Au sujet des groupes relevant du gouvernement fédéral en matière de soins de santé, le Comité soutient les préoccupations des témoins qui ont suggéré la mise en œuvre d'une approche intégrée de prestation des soins de santé.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que la ministre de la Santé continue d'engager un dialogue avec les ministres de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain des provinces et des territoires sur la nécessité d'adapter les soins de santé en fonction d'un modèle d'avantage interdisciplinaire et multisectoriel;

Que la ministre de la Santé continue de tendre la main aux provinces et territoires pour mettre en commun les pratiques exemplaires sur :

- le champ d'activité des professionnels de la santé;
- le recours possible à des équipes soignantes;

- les approches de soins multisectorielles qui incluent non seulement les services de santé classiques, mais aussi les services sociaux nécessaires pour maintenir une bonne qualité de vie et prendre en charge les conditions de santé;

Que le gouvernement du Canada continue de recourir à des approches intégrées et multisectorielles de soins lorsque cela s'avère nécessaire et pertinent.

Une grande attention a été apportée aux travaux de recherche menés actuellement au Canada concernant la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prise en charge des maladies chroniques. Même si de nombreux témoins se sont réjouis du volume de travail entrepris à l'Institut canadien d'information sur la santé et aux IRSC, d'autres ont parlé des lacunes qu'il reste à combler et ont demandé que le gouvernement fédéral se charge de remédier à la situation. À ce chapitre, le Comité est heureux de constater les efforts que déploient les IRSC pour cibler les priorités en matière de recherche stratégique. De plus, il félicite les IRSC d'encourager la recherche qui améliorera les soins axés sur le patient, déterminera les pressions que le vieillissement de la population et les taux en croissance de maladies chroniques exercent sur le système de soins de santé, et abordera la question de l'importance de tirer parti des ressources au moyen de la collaboration avec d'autres ministères, organismes gouvernementaux et organisations sans but lucratif. Le Comité suggère que la recherche s'étende également aux ressources humaines de la santé, compte tenu de l'importance, soulignée par certains témoins, d'augmenter le

Le Comité convient que la promotion de la santé devrait débuter tôt dans la vie et se poursuivre toute la vie durant afin de réduire le risque de maladies chroniques à long terme. Le Comité comprend aussi que, même à un âge avancé, il est possible d'améliorer sa santé en trouquant de vieilles habitudes contre des choix de vie plus sains. Toutefois, changer ses habitudes n'est pas une chose simple. De l'avis du Comité, une approche à volets multiples est nécessaire. Certes, le gouvernement fédéral a son rôle à jouer, mais la contribution des autres paliers de gouvernement, des professionnels de la santé, des organisations pour la vie active, des industries alimentaire et de la condition physique et des particuliers est tout aussi importante.

Le Comité reconnaît que, même si un mode de vie sain implique nécessairement des choix dont nous seuls avons la responsabilité, les circonstances personnelles peuvent souvent nous empêcher de faire ces bons choix. C'est pourquoi le Comité applaudit l'appui de l'ASPC à des projets qui visent à réduire les inégalités en matière de santé découlant d'un désavantage sur le plan des déterminants sociaux de la santé.

Le Comité comprend les préoccupations liées aux besoins en matière de santé des personnes atteintes d'une maladie chronique, en particulier les personnes âgées. Le Comité s'inquiète de la prévalence des problèmes de santé mentale et appuie les efforts de la Commission de la santé mentale du Canada. Le Comité est impatient d'examiner plus en détail la toute nouvelle Stratégie en matière de santé mentale et encourage les provinces et les territoires à collaborer étroitement avec la Commission de la santé mentale pour mettre en œuvre la Stratégie.

Le Comité convient que la prise en charge des personnes âgées atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques est un exercice parfois complexe qui, pour être optimal, peut nécessiter l'adoption d'une approche interdisciplinaire. Une telle approche comprend la réforme de la prestation des soins primaires aux personnes atteintes d'une maladie chronique, en particulier les personnes âgées. Cette réforme nécessite la création d'équipes de soins et l'élargissement du champ d'activité de certains professionnels de la santé en vue d'améliorer l'utilisation des ressources existantes. Souvent, l'approche des soins qui met l'ensemble de la société à contribution va au-delà de la définition habituelle de « services de soins de santé » pour inclure les tâches ménagères, l'aide à la préparation des repas, le transport et la transformation de l'infrastructure communautaire de façon à favoriser et à faciliter la vie active. Les aidants naturels jouent un rôle important à cet égard, et le Comité appuie les demandes d'appuis supplémentaires en matière de formation, d'éducation, de soutien en santé mentale et de soins de répit.

Bien que le Comité appuie ces approches, il tient en revanche à souligner que le gouvernement fédéral devrait se concentrer sur son rôle de mobilisateur et de collaborateur afin de faciliter et d'encourager les provinces et territoires à adopter des pratiques exemplaires dans la mesure du possible. À cet égard, le Comité se réjouit de la création récente du groupe de travail sur l'innovation en soins de santé, un projet provincial

mécanisme solide pour faire connaître ces réussites dans tout le Canada¹⁸⁹. Les provinces comme étant un moyen de faciliter l'échange de renseignements et la mise en commun de pratiques exemplaires, non seulement entre les régions du Canada, mais aussi avec d'autres pays¹⁹¹.

7. Modèle de soins intégrés des populations relevant de la compétence du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral est responsable de la prestation des services de santé de certains groupes qui ont été cités par plusieurs témoins. Selon ces derniers, le gouvernement devrait montrer l'exemple et apporter les changements nécessaires pour passer du modèle actuel de soins de courte durée à un modèle qui répond mieux aux besoins des personnes atteintes d'affections chroniques¹⁹². Par exemple, les anciens combattants, les Autochtones qui vivent dans les réserves, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les membres des Forces canadiennes devraient recevoir le continuum de soins complets, y compris la prestation de services intégrés, dans le but de prévenir davantage les affections chroniques et de mieux les prendre en charge¹⁹³.

Le Comité a entendu que les Autochtones sont beaucoup plus susceptibles d'être atteints du diabète, de maladies respiratoires chroniques et d'autres affections, et qu'il serait utile d'adopter une approche intégrée de prestation des services de soins de santé¹⁹⁴. Cependant, cette approche doit être adaptée à la population et tenir compte des différences culturelles¹⁹⁵.

8. Stratégie en matière de modes de vie sains destinée aux collectivités des Premières nations

À propos des groupes relevant du gouvernement fédéral, il a été suggéré que ce dernier augmente et maintienne ses investissements liés aux modes de vie sains pour les collectivités des Premières nations, en accordant une attention spéciale aux collectivités du Nord et en région éloignée parce qu'elles sont les plus touchées par la maladie. De plus, il a été question du besoin de créer un mécanisme coordonné pour rassembler, évaluer et analyser les données concrètes émergeant des initiatives d'inspiration communautaire menées dans les collectivités autochtones¹⁹⁶.

de la prévention des maladies, des témoins ont parlé du besoin d'intensifier la recherche sur la façon d'inciter les gens à adopter des habitudes de vie plus saines¹⁷⁷.

5. Stratégies nationales

Plusieurs témoins ont décrit les stratégies nationales visant expressément certaines maladies et qui ont été mises en œuvre, telles que la Stratégie canadienne de prévention des accidents cérébrovasculaires¹⁷⁸, le Cadre de travail national sur la santé pulmonaire¹⁷⁹, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer lancée par le biais du Partenariat canadien contre le cancer¹⁸⁰, la Stratégie canadienne sur le diabète¹⁸¹ et la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire¹⁸². La mise en œuvre de la Stratégie nationale de lutte contre la douleur devrait être annoncée bientôt¹⁸³. Quant à la Stratégie nationale en matière de santé mentale¹⁸⁴ (y compris une stratégie de prévention des affections neurologiques), elle a été mise en œuvre. Bien que plusieurs de ces stratégies soient financées dans le cadre de l'approche collaborative des gouvernements F/T/P en matière de maladies chroniques et de modes de vie sains, des témoins ont souligné que, pour les personnes atteintes de multiples affections chroniques, particulièrement les personnes âgées, la prise en charge des maladies chroniques est plus complexe que la somme de ses composantes. Ainsi, il faudrait élaborer une stratégie nationale de promotion du vieillissement en bonne santé. Une telle stratégie devrait comporter des mesures visant à : favoriser la promotion de la santé et la détection précoce des maladies; promouvoir les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies, notamment par l'adoption d'un mode de vie sain; soutenir les soignants professionnels et non professionnels; aborder la question des déterminants de la santé; améliorer l'accès aux services de santé, ce qui comprend les soins en fin de vie et les soins continus appropriés; et enfin, œuvrer pour que les gens restent plus longtemps chez eux¹⁸⁵.

Pour ce qui est de l'adoption d'un mode de vie sain, plusieurs témoins ont suggéré des secteurs où le gouvernement fédéral pourrait accroître sa participation, notamment l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie alimentaire et nutritionnelle pour un approvisionnement en vivres sains et sans danger, ce qui comprend la sécurité des aliments pour tous les Canadiens¹⁸⁶.

6. Échange de renseignements et pratiques exemplaires

Au cours des audiences, il a été question de la transmission du savoir, soit la mise en pratique des résultats des recherches. Plusieurs témoins ont dit que le gouvernement fédéral se doit de faciliter la transmission du savoir par la mise en place d'un mécanisme national d'échange de renseignements, notamment des résultats de recherche, et de mise en commun des pratiques exemplaires et des innovations des différentes sphères de compétence¹⁸⁷. L'établissement de partenariats et de stratégies nationales a beaucoup aidé à promouvoir la mise en commun des pratiques exemplaires¹⁸⁸. Des témoins ont évoqué plusieurs projets régionaux réussis et ont suggéré la mise en place d'un

nutritionnelle, pour savoir par exemple si le contenu en sel ou en gras est considéré comme faible, moyen ou élevé¹⁶².

3. Accord sur la santé et transferts des responsabilités en matière de santé

Plusieurs témoins ont attiré l'attention sur les discussions qui se tiendront concernant le renouvellement de l'Accord de 2014 sur la santé en tant que stratégie de prévention des maladies chroniques liées à l'âge. Certains témoins ont suggéré que le renouvellement de l'Accord est une occasion pour le gouvernement fédéral d'investir dans les transferts relatifs à la santé¹⁶³, particulièrement dans des secteurs prioritaires clés tels que les soins à domicile, l'assurance-médicaments et la continuité des soins¹⁶⁴. Bien que des témoins aient suggéré d'utiliser l'Accord pour promouvoir la responsabilité, les normes pancanadiennes et la coordination plurigouvernementale, ils ont aussi décrit comment il pourrait atténuer les répercussions des maladies chroniques liées au vieillissement. Par exemple, l'Accord pourrait ouvrir la voie à diverses réformes telles que : des services de santé intégrés qui utilisent différentes catégories de fournisseurs de soins¹⁶⁵; des avancées technologiques comme les dossiers de santé électroniques, afin de favoriser la collaboration entre les professionnels de la santé¹⁶⁶, une réforme des soins primaires¹⁶⁷; visant l'intégration des services de soins à domicile et en milieu communautaire; des stratégies coordonnées de prévention des maladies et de promotion de la santé à l'échelle nationale¹⁶⁸; et un fonds de stimulation des pratiques exemplaires, de l'innovation et de la recherche¹⁶⁹.

Des témoins ont soutenu que ces changements rendraient le présent système de santé plus attentif aux besoins changeants des Canadiens et qu'ils amélioreraient l'utilisation des services de santé disponibles¹⁷⁰. En conséquence, le système de santé deviendrait plus responsable, plus efficace et plus rentable¹⁷¹.

4. Recherche

Le Comité a entendu les témoignages de plusieurs représentants du milieu de la recherche. Ces témoignages ont fait état des recherches importantes en cours ainsi que des lacunes qui doivent être comblées. Il a notamment été question de l'institut du vieillissement des IRSC qui a adopté une approche intégrée parce que les décisions concernant les politiques relatives à la restructuration de la prestation des services de santé doivent être fondées sur des données probantes¹⁷². On a aussi parlé d'un certain nombre de domaines qui nécessitent un peu plus de recherches, par exemple, les stratégies visant à prolonger la durée de vie en autonomie des personnes âgées¹⁷³, la prestation de soins de longue durée¹⁷⁴, l'utilisation des professionnels de la santé dans toute l'étendue de leur champ de pratique¹⁷⁵ et l'intégration des services de santé et des services sociaux pour les personnes âgées¹⁷⁶. Au chapitre de la promotion de la santé et

joindre une vaste proportion de la population, si l'on se fie au taux de pénétration des appareils mobiles au Canada, qui atteignait environ 70 % en 2010¹⁵⁶.

E. Rôles possibles du gouvernement fédéral

Plusieurs témoins ont reconnu que la prestation de services de santé et de services sociaux relève essentiellement des provinces et des territoires. Toutefois, ils ont formulé des suggestions quant aux mesures que pourrait prendre le gouvernement fédéral relativement à la promotion de la santé, à la prévention des maladies chroniques et à la prise en charge des maladies. Ces rôles sont décrits ci-dessous.

1. Législation

Selon certains témoins, la *Loi canadienne sur la santé* est trop restrictive¹⁵⁷. À leur avis, il ne suffit pas de se limiter aux soins de courte durée, et il faut considérer les soins à domicile comme étant médicalement nécessaires au vu de la *Loi*¹⁵⁸. De plus, il faudrait une loi sur la continuité des soins, une *Loi sur les soins de longue durée*, qui viserait les soins en établissement et en milieu communautaire et qui comporterait des principes similaires à ceux de la *Loi canadienne sur la santé*¹⁵⁹. L'affectation de ressources aux initiatives de soins à domicile permettrait aux Canadiens de recevoir des soins à domicile, ce qui de ce fait, réduirait la dépendance aux services de soins de courte durée coûteux¹⁶⁰. Un modèle subventionné par l'État et prescrit par la législation fédérale pourrait donner de meilleurs résultats dans le domaine de la santé qu'un modèle du secteur privé à but lucratif ou qu'un modèle hybride subventionné par l'État sans but lucratif/privé et à prestation de services de santé à but lucratif¹⁶¹.

2. Réglementation

Il serait possible de mieux encourager l'adoption d'habitudes alimentaires saines si la réglementation sur l'étiquetage alimentaire était modifiée. À ce chapitre, des témoins ont indiqué qu'il pourrait s'avérer nécessaire d'apposer l'étiquetage nutritionnel sur le devant de l'emballage. Ce type d'étiquetage a été décrit comme un moyen d'aider les Canadiens à faire des choix éclairés. L'actuel « tableau de la valeur nutritive » affiché sur les aliments préemballés a été décrit comme inutilement compliqué. Il serait possible de présenter des données concises sur le devant de l'emballage, comme c'est déjà le cas ailleurs. Un tel étiquetage permettrait aux consommateurs de rapidement consulter l'information

§ Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont décrits aux articles 8 à 12. Il s'agit de la gestion publique, de l'universalité, de l'intégralité, de la transférabilité et de l'accessibilité.

et d'autres intervenants, a lancé Canada actif 20/20, une stratégie nationale pour accroître l'activité physique¹⁴⁶.

Sur le plan des stratégies provinciales, il a été question de l'initiative *Québec en Forme*, lancée en 2002 par la Fondation Lucie et André Chagnon et le gouvernement du Québec pour promouvoir les modes de vie sains chez les enfants défavorisés de 4 à 12 ans. Finalement, il a également été question de la *Charte de Toronto pour l'activité physique* : *Pour un engagement en faveur de la santé*¹⁴⁷. La Charte est un appel à l'action et un instrument de plaidoyer pour implanter durablement des conditions favorisant un mode de vie actif pour tous. Elle vise quatre domaines fondamentaux : implanter une politique nationale avec son plan d'action; proposer des politiques qui soutiennent l'activité physique; revoir l'offre de services et le financement pour prioriser l'activité physique; et établir des partenariats pour passer à l'action.

Certains témoins se sont dits préoccupés par les blessures chez les jeunes et ont demandé que le gouvernement fédéral joue un rôle plus actif dans ce dossier. Même s'ils voient d'un bon œil l'édiction récente de la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation*, ils ont néanmoins proposé la création d'une stratégie nationale sur les blessures chez les enfants et les adolescents et sur les blessures au cours de la vie¹⁴⁸. Une telle stratégie reposerait sur la recherche, la sensibilisation publique et la politique. Toutefois, les ressources et les fonds alloués à la recherche sur les blessures sont minces par rapport au fardeau économique et social qu'elles représentent¹⁴⁹. Qui plus est, les retombées des investissements dans des stratégies efficaces de prévention des traumatismes pourraient être considérables, notamment sur le plan des pertes de vie évitées et la réduction des coûts des soins de santé¹⁵⁰.

3. Investissements dans la promotion de la santé et la prévention des maladies

Selon les statistiques, les gouvernements de tous les ordres ont consacré, en 2011-2012, 0,9 % des dépenses publiques totales en soins de santé à la promotion de la santé, à l'activité physique et aux sports¹⁵¹. De plus, la hausse de 5 % du financement accordé aux initiatives de prévention permettra au système de soins de santé de réaliser des économies à moyen terme¹⁵². À cet égard, selon une étude réalisée récemment aux États-Unis, d'ici 25 ans, les investissements dans la prévention devraient permettre de prévenir les décès prématurés attribuables aux maladies chroniques et de réduire les coûts des soins de santé¹⁵³. Le gouvernement fédéral devrait adopter une vision de la promotion de la santé et de la prévention des maladies qui incite la population et les communautés à prendre part à des activités de vie saine et qui fait preuve de leadership¹⁵⁴.

La persuasion technologique sur les appareils mobiles constitue une nouvelle approche prometteuse de promotion de la santé et de prévention des maladies¹⁵⁵. Le but est de concevoir une technologie pour modifier les attitudes et les comportements humains de manière non coercitive et sans chercher à tromper. Une telle technologie pourrait

Des témoins ont indiqué que plus de 80 % des aliments et boissons destinés aux enfants sont mauvais pour la santé et ont une teneur élevée en gras, en sucre et en sodium ou contiennent peu d'éléments nutritifs¹³⁹. Il a également été question de l'*Initiative canadienne pour la publicité sur les aliments et les boissons destinée aux enfants*, lancée en 2007 et endossée par 19 entreprises de l'industrie alimentaire et des boissons, vise à encourager la promotion de choix alimentaires sains et à décourager la promotion de choix alimentaires malsains auprès des enfants de moins de 12 ans. Des témoins ont aussi parlé de l'initiative *Vive les enfants*, des Annonceurs responsables en publicité pour enfants, qui vise à outiller les enfants pour les amener à adopter un mode de vie sain, à être plus actifs et à mieux connaître les médias qui les entourent.

La *Loi sur la protection du consommateur* du Québec est la seule loi canadienne qui interdit la publicité commerciale destinée aux enfants¹⁴¹. Le Québec se classe parmi les provinces canadiennes où la consommation de boissons gazeuses et le taux d'obésité chez les enfants de 6 à 11 ans sont les plus bas¹⁴². À ce chapitre, certains témoins ont recommandé qu'une interdiction similaire soit adoptée¹⁴³ et qu'elle vise non seulement la télévision, mais aussi d'autres médias comme Internet¹⁴⁴. Quelques-uns étaient d'avis qu'il est nécessaire d'adopter une approche concertée et de mettre en place des mesures intensifiées et soutenues pour promouvoir le poids santé chez les enfants et les adolescents¹⁴⁵.

2. Activité physique et blessures chez les jeunes

Plusieurs témoins ont parlé du besoin de promouvoir l'activité physique et ont présenté quelques initiatives qu'ont entreprises diverses organisations à cet égard. ParticipACTION a décrit son initiative *Journée du sport*, une activité d'envergure nationale qui s'est tenue en septembre 2011 pour célébrer tant les sports populaires que de compétition. L'organisation a également parlé de son programme *Sogo Active*, un mouvement national visant à accroître le niveau d'activité physique des jeunes Canadiens de 13 à 19 ans. De son côté, l'Association canadienne des ergothérapeutes a décrit le guide sur le mode de vie actif qu'elle prépare actuellement en collaboration avec des chercheurs universitaires.

Dans le but de remédier au problème de l'inactivité après l'école, Education physique et santé Canada, en partenariat avec la Goodlife Kids Foundation, a créé des ressources et des mesures de soutien pour aider les écoles et les communautés à concevoir et à offrir des programmes parascolaires axés sur l'activité physique. En collaboration avec des enseignants et des professionnels du milieu, Education physique et santé Canada élabore des ressources, des outils et des initiatives pour que tous les enfants canadiens développent les connaissances, les compétences et les habiletés nécessaires pour être actifs. Education physique et santé Canada travaille également à un projet pilote sur la littératie des enfants et des adolescents par le biais de ressources et d'outils d'évaluation à l'intention des enseignants. Finalement, ParticipACTION, en association avec Education physique et santé Canada

comme exemples. Des témoins estiment que tout changement au niveau de la prestation des services de santé et des services sociaux ne devrait pas pénaliser les personnes âgées à faible revenu¹³².

Le Comité a appris que 5 % de la population – principalement des personnes âgées atteintes d'affections chroniques¹³³ – utilise actuellement 50 % des ressources des soins de santé, que le coût des soins à domicile est inférieur de 40 à 75 % au coût des soins en établissement¹³⁴, et que les soins de santé sont de meilleure qualité quand les fournisseurs de soins sont intégrés et qu'ils exercent dans toute l'étendue de leur champ de pratique. De plus, les recherches laissent entendre que la mise en place d'un tel système n'exigerait aucun financement supplémentaire¹³⁵. Le modèle actuel ne répond pas aux besoins des personnes âgées, peu importe le nombre de fois qu'il est ou sera remanié ou ajusté. En fait, pour répondre aux besoins de la population vieillissante du Canada, un changement fondamental des pratiques cliniques et professionnelles s'avère nécessaire¹³⁶.

Le Comité a appris l'existence du Translating Research in Elder Care Program (TREC), ou programme de concrétisation de la recherche dans les soins aux aînés. Il s'agit d'une étude quinquennale de 5 millions de dollars subventionnée par les IRSC afin d'examiner la situation des centres d'hébergement et de soins de longue durée de trois provinces, soit l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba. Le programme TREC analyse les facteurs ayant une incidence sur l'utilisation des pratiques exemplaires et établit de quelle manière leur utilisation influe sur les résidents et les résultats du système. En ce qui concerne les résidents, il s'agit de la qualité de vie quotidienne, d'une fin de vie de qualité et de la sécurité. Quant au système, il s'agit de soutien à la famille et aux fournisseurs de soins, de meilleures pratiques en matière de soins et de l'établissement de stratégies visant à mobiliser les employés de première ligne pour qu'ils améliorent leurs pratiques¹³⁷.

D. Questions relevant de la prévention des maladies chroniques grâce à la promotion de la santé

1. Nutrition saine et poids santé chez les enfants

Des témoins ont parlé des effets nuisibles du sodium et des gras trans dans les aliments. Il a notamment été question du Groupe d'étude sur les graisses trans, que coprésidaient Santé Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada¹³⁸. Ce groupe multiministère, mis sur pied en 2005, avait pour mandat d'élaborer, à l'intention de la ministre de la Santé, des recommandations et des stratégies pour éliminer ou réduire les gras trans dans les aliments prêts-à-servir. Son rapport, « TRANSformer l'approvisionnement alimentaire », présenté au ministre en juin 2006, formule plusieurs recommandations sur le plan réglementaire, des incitatifs et de la recherche.

Des modèles de soins intégrés pour personnes âgées ont été élaborés et mis en œuvre au Canada et à l'étranger. Deux programmes de recherche menés au Québec, SIPA (Services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie)¹²¹ et PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien en autonomie)¹²² ont été portés à l'attention du Comité. Le modèle SIPA intègre les soins en établissement et les soins en milieu communautaire, et il a été démontré qu'il accroît la satisfaction des patients. Le modèle PRISMA fait lui aussi appel à des équipes interdisciplinaires et des gestionnaires de cas et vise à ce que les gens restent plus longtemps chez eux. Sur le plan des modèles conçus spécialement pour les soins aux malades chroniques, il existe le modèle des soins aux malades chroniques de Wagner.¹²³ Selon ce modèle, la prise en charge des maladies chroniques est une composante du système de prestations de soins de santé et de services sociaux. Dans ce modèle, les soins de santé sont entièrement intégrés dans les services communautaires et on essaie de donner aux patients les moyens de prendre eux-mêmes des décisions et d'être autonomes. Des témoins ont évoqué les soins axés sur les patients et ont suggéré que ces soins pourraient inclure un modèle de financement rattaché au patient¹²⁴. Ils ont également fait valoir que de 5 à 8 % des personnes âgées vivant dans des résidences privées et dans les collectivités auraient besoin d'une telle approche intégrée des soins de santé¹²⁵.

Des témoins ont suggéré qu'un système intégré efficace permettrait aux professionnels de la santé d'exercer dans toute l'étendue de leur champ de pratique.¹²⁶ De plus, les services de soins paramédicaux non urgents ou communautaires pourraient atténuer la pression qui pèse sur le système de prestation de soins de courte durée.¹²⁷ Le personnel paramédical pourrait être intégré dans un modèle de soins aux malades chroniques pour fournir des soins à domicile aux personnes ayant subi une intervention chirurgicale, surveiller les patients atteints d'affections chroniques, donner une éducation sanitaire afin que les patients puissent se prendre en charge plus facilement et faire des évaluations de routine. L'intégration des pharmaciens dans un modèle de soins aux malades chroniques a été présentée comme étant un ajout important pour contrôler les effets indésirables de médicaments et offrir aux patients des services de gestion de la pharmacothérapie et des renseignements sur la santé et les médicaments¹²⁸.

Plusieurs témoins ont indiqué que, pour être véritables, les soins interdisciplinaires nécessitent l'élaboration et la mise en œuvre de systèmes d'information, ce qui comprend les systèmes des dossiers de santé électroniques et d'ordonnances électroniques.¹²⁹ Les fournisseurs de soins devraient avoir accès à tous les renseignements dont ils ont besoin relativement à un état de santé ou à un patient qu'ils traitent.¹³⁰ Ces éléments sont jugés essentiels pour améliorer l'efficacité du système de soins de santé et la continuité des soins¹³¹.

Le modèle multisectoriel intègre l'approche interdisciplinaire, ou les soins axés sur le travail d'équipe, dans une approche plus vaste qui englobe « l'ensemble de la société » et qui fait intervenir une gamme de services non liés à la santé. Des témoins ont déclaré que beaucoup de personnes âgées ont besoin des services sociaux pour prendre en charge leurs problèmes de santé et vivre en autonomie. Le ménage, la préparation des repas, le transport, l'infrastructure qui les encourage à mener une vie active ont été donnés

déterminants sociaux de la santé, notamment le niveau de revenu, le niveau d'éducation, le logement et l'isolement social¹⁰⁹. Des témoins ont souligné le rôle important que jouent le logement et le revenu en tant que déterminants de la santé et le fardeau que constituent les maladies chroniques¹¹⁰. Ils ont également fait valoir que l'investissement dans le logement pour beaucoup de personnes âgées les dépenses liées aux soins et au traitement des soins aux personnes âgées atteintes d'affections chroniques, de séparer la santé des services sociaux¹¹³.

8. Une approche intégrée et multisectorielle en matière de soins de santé

Plusieurs témoins ont attiré l'attention sur la nécessité de transformer le modèle actuel de prestation des soins actifs en un modèle qui répond mieux aux besoins des personnes souffrant de maladies chroniques, particulièrement les personnes âgées. Des témoins ont aussi parlé de la nécessité d'étendre la palette des soins primaires au-delà de la simple médecine de famille¹¹⁴. Pour effectuer un tel changement de politique, il faudrait, ont-ils expliqué, passer de la priorité accordée aux maladies aiguës à la reconnaissance du rôle essentiel des maladies chroniques et, par conséquent, passer des soins en établissement à un réseau de soins de santé¹¹⁵. Ils ont décrit l'intégration d'une variété de services fournis par tout un éventail de secteurs de la société¹¹⁶. Des témoins ont instamment demandé l'élimination des cloisonnements qui existent dans le secteur de la santé afin que tous les professionnels de la santé puissent donner ensemble, dans l'intérêt des patients, les soins complexes indispensables à la prise en charge efficace des affections chroniques¹¹⁷. Dans le contexte de l'intégration des autres secteurs, des témoins ont mentionné les besoins particuliers des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et ont vivement recommandé le maintien de la prestation des services de soins de santé qui peuvent ne pas être considérés médicalement nécessaires à l'heure actuelle¹¹⁸.

Pour certains témoins, un modèle de soins interdisciplinaire comprenant l'intégration des services d'un éventail de professionnels de la santé est essentiel à la prestation des soins complexes dont ont besoin les personnes âgées atteintes d'affections chroniques. Ce modèle conviendrait le mieux pour aider les patients à prendre en charge leurs propres besoins en matière de santé et à maintenir une bonne qualité de vie¹¹⁹. Selon les témoignages, un tel modèle fondé sur le travail d'équipe devrait être axé sur le patient et mis en place uniformément dans la collectivité, les centres de soins de santé, les foyers pour personnes âgées et les établissements de soins de longue durée¹²⁰.

Sous leur forme actuelle, les services de soins à domicile sont plus centrés sur le rétablissement après un séjour à l'hôpital que sur la prise en charge des maladies chroniques¹⁰⁰. Le système de soins de santé est axé sur les soins de courte durée et n'englobe ni les soins continus, ni l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques¹⁰¹.

Pour y remédier, il a été suggéré qu'il faut non seulement assurer la participation des professionnels de la santé, mais aussi un meilleur soutien pour les aidants naturels. Certains témoins ont salué la mise en œuvre des récents incitatifs fédéraux, notamment le crédit d'impôt non remboursable et le prolongement des prestations de compassion de l'assurance-emploi versées aux personnes qui s'occupent d'un malade. D'autres ont demandé que les aidants naturels reçoivent un soutien accru, par exemple en ayant accès à de la formation, ce qui relève de la compétence des provinces¹⁰². Une telle formation pourrait les aider à utiliser le système de santé et à traiter des questions liées aux soins fournis aux patients¹⁰³. Comme il a été mentionné précédemment, le stress, la fatigue et l'épuisement professionnel des aidants naturels sont de nouvelles préoccupations sur le plan des soins aux personnes en phase terminale ou atteintes de maladies chroniques. Selon les témoins, les prestations prolongées versées aux aidants naturels devraient couvrir le soutien sur le plan de la santé mentale et des soins de relève, ce qui relève aussi de la compétence des provinces¹⁰⁴.

Compte tenu du vieillissement de la population, le besoin de lits de soins de longue durée ira en grandissant. Comme il a déjà été mentionné, l'optimisation des ressources des soins à domicile et en milieu communautaire serait un moyen d'atténuer cette tendance, car elle permettrait d'assurer que les lits sont occupés par les patients qui en ont vraiment besoin. Selon certains témoins, une telle approche permettrait de raccourcir le séjour des patients dans les établissements de soins de longue durée. On a d'ailleurs constaté des améliorations dans ce domaine. En effet, les personnes âgées qui sont transférées dans des établissements de soins de longue durée y passent la dernière année ou les deux dernières années de leur vie¹⁰⁵. Ce séjour est plus court que celui observé au cours des dernières décennies, où la moyenne se situait alors entre huit et dix ans. Néanmoins, des témoins ont souligné que l'optimisation des soins communautaires pourrait réduire encore plus la durée du séjour dans les établissements et les centres d'hébergement de soins de longue durée¹⁰⁶ qui, en définitive, ne devrait être que de quelques mois¹⁰⁷. Toutefois, du fait que le secteur des soins de longue durée est, de tous les secteurs des soins de santé, celui qui est le moins financé, qui intéresse le moins les chercheurs et qui enregistre les plus bas niveaux de financement pour la recherche, les progrès pour atteindre cet objectif sont très lents¹⁰⁸.

7. Déterminants sociaux de la santé

Outre les habitudes de vie malsaines qui favorisent l'apparition de maladies chroniques, il existe un lien entre ces maladies et le patrimoine génétique et biologique, ainsi qu'avec l'environnement social du patient. L'environnement social comprend les

Outre le fait qu'il incombe à chacun d'adopter des habitudes de vie saines pour prévenir ou retarder l'apparition de maladies chroniques et d'assumer la responsabilité de leurs problèmes de santé, des représentants du secteur de l'assurance ont par ailleurs indiqué que les Canadiens devraient eux-mêmes prendre en charge le coût de leurs soins de longue durée. Ils ont affirmé que les Canadiens étaient responsables de planifier une telle éventualité, soit en faisant des économies ou en souscrivant une assurance privée au titre de soins de santé de longue durée⁸⁹.

6. Soins en milieu communautaire

La majorité des Canadiens âgés vivent en autonomie chez eux et veulent y rester. Seulement 7 % des Canadiens de plus de 65 ans résident dans des établissements de santé⁹⁰, et entre 20 et 30 % des résidents en soins de longue durée n'ont pas vraiment besoin d'être dans ces établissements. Souvent, ils y sont parce qu'ils ne peuvent pas effectuer les activités normales de la vie quotidienne et qu'ils ne peuvent pas bénéficier d'une aide à la vie autonome dans un foyer pour personnes âgées⁹¹. En fait, sous l'angle des soins de santé, il n'y a souvent aucune raison valable d'envoyer les personnes âgées dans un établissement de soins de longue durée⁹². En vue de réduire le nombre de visites à l'hôpital et aux salles d'urgence et d'offrir aux personnes âgées la possibilité de rester chez elles et de vivre en autonomie le plus longtemps possible, des témoins ont demandé que soient améliorés les services de soins communautaires, notamment les soins à domicile⁹³.

Au sujet des soins communautaires, il faudrait renforcer le système en améliorant l'intégration des services et l'utilisation des champs d'activité de tous les professionnels de la santé et des fournisseurs de soins de santé à domicile⁹⁴. Des témoins ont suggéré que les services de santé communautaires pourraient comprendre des cliniques mobiles, un service après les heures normales de travail, des visites à domicile, des programmes d'approches communautaires, des soins paramédicaux pour les cas non urgents, la gestion des médicaments assurée par les pharmaciens et des équipes d'infirmières mobiles pour répondre aux appels non urgents⁹⁵. Des témoins ont aussi parlé des modèles scandinaves en matière de soins communautaires dont pourrait s'inspirer le Canada⁹⁶.

Selon plusieurs témoins, la prestation de soins à domicile en tant que composante des soins communautaires devrait être améliorée. Ils ont mentionné que le rapport de la Commission royale sur l'avenir des soins de santé, intitulé *Guides par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*⁹⁷, et le rapport du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, intitulé *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*⁹⁸, avaient déjà souligné que les services de soins devraient être subventionnés par l'État. Des témoins ont fait remarquer que l'Accord de 2004 sur la santé mettait l'accent sur les soins à domicile tout en indiquant que ces soins n'avaient pas encore été traités adéquatement⁹⁹.

5. Responsabilité individuelle et prise en charge autonome de la maladie

Plusieurs témoins ont mentionné que les maladies chroniques ne constituent pas une conséquence inévitable du vieillissement⁸⁰. Un mode de vie sain, notamment une alimentation nutritive, une vie active et l'évitement de comportements malsains ou à risque contribuent dans une grande mesure à prévenir ou à retarder l'apparition des maladies chroniques. Des témoins ont indiqué que la majorité des personnes âgées peuvent rester chez elles et conserver un certain niveau d'indépendance pendant la plus grande partie de leur vie. Cette indépendance comprend notamment la prise en charge autonome de leurs soins de santé⁸¹, en consultation avec les fournisseurs de soins de santé.

Le Comité a entendu parler d'initiatives qui encouragent les Canadiens du troisième âge à continuer de mener une vie active, tant sur le plan physique que social. Comme il a été mentionné précédemment, le Canada participe à l'initiative des Villes-amies des aînés de l'OMS. Cette initiative, particulièrement présente au Québec, assure le leadership des collectivités pour leur permettre de mieux répondre aux besoins des Canadiens du troisième âge et les aider à mener une vie saine et active. La participation sociale constitue un élément central de cette initiative. Elle a été présentée comme un facteur essentiel au développement d'un sentiment d'appartenance et de contribution à la société, qui, à son tour, a un effet positif sur la santé physique globale, réduit la dépression et aide à ralentir le déclin des capacités cognitives⁸². Le fait que la stimulation cognitive pouvait, dans certains cas, donner de meilleurs résultats que les médicaments, a également été avancé⁸³. Le Partenariat canadien contre le cancer a également conçu le projet COALITION (Connaissances et actions liées pour une meilleure prévention), qui vise l'amélioration de la santé des collectivités⁸⁴. Dans le même ordre d'idées, la CAAA, ou Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, fait la promotion, auprès des personnes âgées, d'une vie active comme moyen de contribuer au bien-être global. La coalition travaille en partenariat avec des organisations nationales, provinciales et municipales. Elle s'emploie à sensibiliser davantage la population aux bienfaits d'une vie active, elle offre des ressources et des mesures sociales pour inciter les aînés à adopter des habitudes de vie saines et elle établit, soutient et fait connaître les priorités en matière de recherche⁸⁵. Enfin, la représentante de l'Association chiropratique canadienne a parlé de la campagne « Bon pied, bon œil » qui cible précisément les personnes âgées et qui propose des stratégies pour prévenir les chutes, améliorer l'équilibre et augmenter la force musculaire⁸⁶.

En plus de la responsabilité personnelle d'adopter un mode de vie sain et actif pour prévenir et retarder l'apparition des maladies chroniques, des témoins ont souligné la nécessité de promouvoir la prise en charge autonome des problèmes de santé. Cette dernière a été présentée comme un moyen de donner aux personnes âgées et à leurs fournisseurs de soins la capacité de collaborer activement à la prise en charge de la maladie⁸⁷. On a suggéré des campagnes de sensibilisation et de promotion de la prise en charge autonome de la santé, pour inciter les Canadiens et les collectivités à prendre en charge leur santé, ainsi que l'élaboration de lignes directrices nationales portant sur la prise en charge autonome des diverses maladies chroniques⁸⁸.

expliqué que les personnes âgées sont généralement capables de prendre en charge leurs maladies chroniques tant qu'elles ne souffrent pas de démence. Toutefois, dès que la démence apparaît, il leur devient difficile de gérer elles-mêmes leurs maladies, et c'est à ce moment que commence un cycle d'hospitalisation, de stabilisation, de retour à la maison, de mauvaise autogestion de la maladie, de détérioration de l'état de santé et de réadmission à l'hôpital. Ce cycle se répète malheureusement trop souvent parce que les professionnels de la santé ne détectent pas toujours la présence d'un problème de santé mentale⁷³. Par conséquent, bon nombre de provinces ont leur propre stratégie en matière d'Alzheimer, certaines l'intégrant dans une stratégie ciblant les aînés. Beaucoup de mesures sont prises, partout au pays, d'une part pour s'occuper des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et, d'autre part, pour maintenir les aînés en bonne santé et stimuler leur esprit⁷⁴.

De nombreux témoins ont présenté la dépression comme un problème sérieux de santé mentale chez les personnes âgées. En effet, jusqu'à 15 % d'entre elles qui vivent dans la collectivité souffrent de dépression⁷⁵. Cependant, cette proportion peut aller jusqu'à 80 ou 90 % dans les établissements de soins de longue durée. D'après les statistiques de l'OMS, d'ici 2020, la dépression sera la deuxième cause de perte d'années de vie productive et de vies raccourcies par une mort prématurée. Des témoins ont parlé du suicide, la complication la plus tragique de la dépression. Il a été établi que le taux de suicide chez les hommes de 90 ans et plus se situe à 33,1 sur 100 000 habitants, ce qui est presque le double de la moyenne pour tous les groupes d'âge⁷⁶. Les maladies chroniques dont il a été question précédemment figurent parmi les facteurs susceptibles de mener au suicide.

Un peu de travail a été fait auprès des personnes âgées en créant des brochures et des dépliant faciles à consulter sur la dépression et les maladies mentales les plus communes. Ce travail aidera à lutter contre la stigmatisation, amènera les aînés à reconnaître les symptômes et les incitera à consulter leur médecin et à demander de l'aide⁷⁷.

Le Comité a appris l'existence du Comité consultatif sur les aînés de la Commission de la santé mentale du Canada et de sa contribution à l'élaboration d'une stratégie sur la santé mentale, stratégie qui a été publiée le 8 mai 2012. Le Comité consultatif a élaboré des lignes directrices concernant la prestation de services complets de santé mentale pour les personnes âgées⁷⁸. Dans le cadre de la recherche sur la prestation des services de santé, l'accent a notamment été mis sur la santé mentale. La recherche a également porté sur le rôle de l'activité physique et de la participation sociale et leurs effets positifs sur la santé mentale⁷⁹.

interviennent. Ce qui est encore plus difficile lorsqu'il n'y a pas de dossiers médicaux informatisés, et une diminution du respect du régime de traitement attribuable à des contraintes financières et à une mobilité limitée. Il faut suivre une formation appropriée pour faire la distinction entre les symptômes des maladies physiques et les manifestations somatiques des maladies mentales. Par conséquent, il arrive souvent que des maladies traitables ne soient pas diagnostiquées et traitées⁶⁵. Les contraintes financières réduisent non seulement la capacité des patients d'assumer les coûts de leur traitement médical et des soins dont ils ont besoin à long terme, mais également leur capacité d'acheter des aliments nutritifs, de participer à des événements communautaires et de rester physiquement actifs⁶⁶.

Au chapitre du défi que posent les effets indésirables des médicaments, il existe l'initiative e-Therapeutics+ de l'Association des pharmaciens du Canada. Dans le cadre de cette initiative, tous les avis de Santé Canada sont publiés dans le but d'informer les professionnels de la santé⁶⁷. Il existe également d'autres initiatives qui remédient aux problèmes liés à l'inactivité physique et au manque de participation sociale des Canadiens du troisième âge, dont il est question plus loin à la rubrique *Déterminants sociaux de la santé*.

4. Prise en compte accrue de la santé mentale

Dans le cadre de la présente étude, des préoccupations au sujet de la santé mentale des aînés du Canada ont été fréquemment exprimées. Des témoins ont souligné la nécessité de tenir compte de la santé mentale des personnes âgées dans le cadre de l'étude sur les maladies chroniques⁶⁸. En effet, une personne souffrant de problèmes de santé mentale s'intéresse généralement peu à ses autres problèmes de santé. Autrement dit, si on n'apprend pas dès le départ comment aborder les problèmes de santé mentale, il ne sert pas à grand-chose d'élaborer des stratégies pour traiter les problèmes de santé⁶⁹.

La démence, dont la maladie d'Alzheimer et les pathologies associées, est considérée comme la matrice des maladies chroniques. En effet, la démence, sous ses diverses formes, est la maladie chronique la plus lourde de conséquences sur le plan des soins de santé, et elle a des répercussions encore plus considérables sur les autres niveaux de soins⁷⁰. Des témoins ont affirmé que, à l'heure actuelle, 500 000 personnes âgées souffrent de démence; on prévoit que, d'ici 2038, le nombre de personnes atteintes passera à 1,1 million. Sous l'angle de la prévalence, cela représente une augmentation de 1,5 à 2,8 % pour l'ensemble de la population, quoique la démence soit surtout diagnostiquée chez les personnes âgées⁷¹. Plusieurs témoins ont souligné que le fait de mesurer la prévalence de la démence ne permet pas d'évaluer son incidence de façon précise, parce que cette maladie constitue un fardeau considérable pour les aidants naturels, qui sont souvent stressés, déprimés et épuisés⁷².

La démence est la raison la plus courante pour transférer des patients d'un hôpital de soins actifs à un établissement offrant un autre niveau de soins. Des témoins ont

mesures coordonnées et concertées, le gouvernement fédéral s'est associé à la communauté de la santé pulmonaire pour créer un cadre de travail national sur la santé pulmonaire. Un plan d'action, axé particulièrement sur la prévention, le dépistage et les soins, a été élaboré pour améliorer la santé pulmonaire. Après avoir évalué à quel point les Canadiens sont sensibilisés aux maladies pulmonaires, il faut prendre des mesures précises qui réduiront considérablement le nombre de personnes atteintes⁵⁶.

Des témoins ont également fait état du fardeau des maladies musculosquelettiques, notamment l'arthrite et l'ostéoporose. L'arthrite est apparemment la cause la plus fréquente d'invalidité dans la population; elle affecte un Canadien sur six, soit 4,5 millions de personnes. Environ 1,7 million d'adultes en souffrent. Les maladies musculosquelettiques sont également liées à d'autres maladies chroniques. Elles peuvent avoir une incidence directe sur la capacité d'une personne de pratiquer des activités physiques, ce qui nuit à la condition physique globale, entraîne la prise de poids et le diabète et affecte la santé mentale⁵⁷. Par surcroît, les maladies musculosquelettiques ne nuisent pas seulement aux gens qui en sont atteints, mais elles ont également une incidence considérable sur l'ensemble de la main-d'œuvre. Comme ces maladies diminuent la capacité de pratiquer des activités physiques et constituent un risque pour la santé mentale, elles entraînent une baisse de la productivité et une diminution de la participation au marché du travail. Par conséquent, les maladies musculosquelettiques figurent parmi les problèmes de santé qui coûtent le plus cher au Canada⁵⁸.

Dans le cadre de la présente étude, la douleur chronique a été présentée comme un problème qui devrait être inclus dans la catégorie des maladies chroniques liées au vieillissement. En effet, un Canadien sur cinq vit avec une douleur chronique, et cette prévalence augmente avec l'âge. La douleur chronique est souvent mal diagnostiquée et mal soignée. À l'instar des maladies musculosquelettiques, la douleur chronique a une incidence sur de nombreux aspects de la vie quotidienne, car elle réduit l'activité physique et nuit aux interactions sociales. Par conséquent, elle entraîne une détérioration de la condition physique et une prise de poids, et elle augmente l'incidence du diabète, des maladies cardiaques, des AVC et de la dépression⁵⁹.

Plusieurs témoins ont souligné la complexité de la prise en charge des patients atteints de plusieurs maladies chroniques. Une personne âgée sur quatre de 65 à 79 ans est atteinte d'au moins quatre maladies chroniques et la proportion passe d'une personne sur trois après 80 ans⁶⁰. Les combinaisons de maladies sont liées au mode de vie plus qu'à l'âge. En effet, le manque d'activité physique et l'excès de poids accroissent les risques de souffrir de maladies chroniques, notamment la cardiopathie, le diabète et certains cancers⁶¹. Divers facteurs compliquent la prise en charge efficace de ces patients : au fur et à mesure que les gens avancent en âge⁶², on note une diminution de la capacité à tolérer les médicaments et de bien y réagir⁶³, une augmentation de la probabilité de réaction indésirable aux médicaments⁶⁴ et d'effet néfaste d'un médicament sur un autre, une augmentation des cas de consommation abusive de médicaments, une diminution de la capacité du patient de décrire ses symptômes et d'exprimer d'autres préoccupations lorsque des problèmes de santé mentale sont présents, la difficulté de connaître la situation globale de soins lorsque plusieurs fournisseurs de soins

l'augmentation prévue du nombre de personnes atteintes. Il est important de noter que 80 % de ces coûts sont attribuables à des complications associées au diabète, notamment les crises cardiaques, les AVC, les néphropathies, la cécité, les amputations et la dépression⁴⁹. Cependant, le vieillissement de la population ne représente que 1 % des coûts des services de soins de santé⁵⁰.

Santé Canada et l'ASPC subventionnent la Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s pour qu'elle conçoive des ressources documentaires permettant aux adultes plus âgés de comprendre que les maladies chroniques, dont le diabète, sont souvent associées au mode de vie. La Coalition fournit aux dirigeants des collectivités et aux personnes âgées des renseignements sur la façon dont elles peuvent modifier leur mode de vie⁵¹.

Le cancer, maintenant considéré comme une maladie chronique à cause de l'amélioration des traitements et de sa prise en charge, est également lié à l'âge et sa prévalence est en hausse. On prévoit que, pour la période de 2007 à 2031, le nombre de cas de cancer augmentera de 71 %. Environ 30 % des décès sont attribuables au cancer⁵². Le financement du Partenariat canadien contre le cancer, créé en 2007 par le gouvernement du Canada, a été reconduit pour cinq ans, soit de 2012 à 2017. Parmi les patients atteints de cancer, 50 % en mourront. Cependant, les patients et leur famille ne sont souvent pas préparés à prendre des décisions sur la fin de vie et à en discuter. Le Partenariat canadien contre le cancer collabore avec la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité au Canada, dans le cadre de son plan d'action, pour améliorer les soins palliatifs au pays⁵³.

Quoique les crises cardiaques et les AVC, ou maladies cardiovasculaires, soient la cause d'un peu moins de 30 % des décès, il s'agit de la principale cause de décès et d'invalidité chez les Canadiens de 65 ans et plus. L'âge est la plus importante variable explicative des cas d'AVC; la probabilité de ce genre d'accident augmente à partir de 55 ans et double à tous les 10 ans par la suite. En outre, s'il est vrai que 50 000 Canadiens sont hospitalisés chaque année à cause d'un AVC, il semble que de cinq à dix fois plus de personnes subissent des AVC moins graves, pour lesquels ils n'obtiennent pas de soins médicaux, mais ils entraînent néanmoins un certain niveau d'invalidité. La prévalence croissante de l'obésité et du diabète, combinée au vieillissement de la population, contribuera à une augmentation des maladies cardiovasculaires dans les années à venir⁵⁴.

Il appert également que les maladies respiratoires sont nettement plus fréquentes chez les personnes âgées. Certaines statistiques présentées au Comité révèlent notamment que 80 % des personnes atteintes de cancer du poumon ont plus de 60 ans; que le taux de prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC, auparavant nommée emphysème) chez les gens âgés de 65 à 74 ans est presque trois fois plus élevé que chez les gens de 35 à 44 ans; qu'à l'heure actuelle, les maladies pulmonaires coûtent 15 milliards de dollars par année et que, d'ici 2020, elles pourraient coûter 27 milliards de dollars par année; que la MPOC est un facteur de comorbidité dans 50 % des décès attribués à la grippe, et que la prévalence des maladies pulmonaires augmentera de 33 à 41 % au cours des 30 prochaines années⁵⁵. Pour arriver à des

2. Nécessité de tenir compte des besoins linguistiques, ethniques et culturels

La question des caractéristiques ethniques et culturelles des patients ainsi que de la nécessité de leur fournir des services dans leur langue a été soulevée, ainsi que celle de l'obligation, au Canada, de fournir des soins de santé et des services sociaux dans les deux langues officielles. Dans les cas de démence, une maladie qui touche une personne âgée sur onze⁴³, c'est la capacité de parler une langue seconde qui se perd en premier⁴⁴. En outre, ce sont les membres de la famille et d'autres fournisseurs de soins qui doivent intervenir lorsque la langue devient un obstacle⁴⁵.

Pour ce qui est de la composition ethnique au Canada, des témoins ont affirmé que, au cours des deux dernières décennies, la population urbaine est progressivement devenue plus diversifiée et que cette tendance devrait se poursuivre⁴⁶. La communauté chinoise est l'une des plus nombreuses communautés ethniques et, de ce fait, elle a été la première pour laquelle on a élaboré des modèles de prestation de service adaptés à la réalité culturelle. Des témoins ont expliqué que ce ne sont pas tant les besoins d'un groupe ethnique en matière de soins de santé⁴⁷ qui sont uniques, mais plutôt la manière dont le groupe réagit à une stratégie particulière⁴⁷.

Enfin, la reconnaissance des titres de compétence étrangers des professionnels de la santé qui immigreront au Canada est une occasion d'élargir la base de professionnels de la santé du Canada; ces nouveaux venus peuvent également apporter une contribution nécessaire sur les plans linguistique et culturel⁴⁸.

3. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques

Plusieurs témoins ont fait état de la complexité de la prise en charge des patients âgés atteints de maladies chroniques. Comme il a été indiqué précédemment, la majorité des personnes âgées souffrent au moins d'une maladie chronique et prennent au moins un médicament sur ordonnance; toutefois, une proportion considérable d'entre elles souffrent de plusieurs maladies chroniques et prennent donc plusieurs médicaments d'ordonnance.

Certains témoins ont parlé du fardeau de diverses maladies chroniques. Il existe clairement un lien entre le vieillissement et le diabète de type 2, et le fait d'avoir 40 ans ou plus constitue un facteur de risque d'apparition de cette maladie; il en va de même du surpoids et d'un mode de vie sédentaire. La prévalence du diabète est en hausse. Cette maladie affecte actuellement 7,6 % de la population et on prévoit que, d'ici 2020, 11 % des Canadiens en seront atteints. Si l'on tient compte des personnes à risque d'être atteintes du diabète, cela signifie que, à l'heure actuelle, un Canadien sur quatre est atteint de cette maladie et que cette proportion devrait passer à un Canadien sur trois d'ici 2020. Parallèlement, le diabète entraîne des coûts considérables pour le système de soins de santé, des coûts qui se chiffrent actuellement à 11,7 milliards de dollars par année et qui passeront vraisemblablement à 16 milliards de dollars par année, compte tenu de

Une initiative quinquennale ontarienne, le projet Phoenix : *A Call to Caring*, des Associated Medical Services, a permis d'améliorer la formation des professionnels de la santé, particulièrement en ce qui concerne la prestation de soins aux personnes âgées. Ce projet met l'accent sur la nécessité de conjuguer compassion et maîtrise technique dans la prestation de soins axés sur le patient³⁹. En matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, l'Association des facultés de médecine du Canada préconise une telle approche dans la formation des futurs médecins, compte tenu du fardeau de plus en plus lourd que constituent le vieillissement de la population et les maladies chroniques. Certains témoins ont également abordé la question de l'accès aux soins primaires, signalant que le Canada manquait non seulement de gériâtres mais également d'omnipraticiens. En effet, jusqu'à 6 % des Canadiens atteints d'au moins une maladie chronique liée au vieillissement n'ont pas accès à un médecin de premier recours⁴⁰.

Le champ d'activité est de compétence provinciale, mais les représentants des pharmaciens et du personnel paramédical ont fait valoir qu'ils offrent un moyen de mieux utiliser les ressources en santé. Les pharmaciens ont été présentés comme des fournisseurs de services de santé accessibles dans la collectivité. Selon certains témoins, les pharmaciens sont bien placés pour fournir un service de gestion des médicaments et, de ce fait, pour participer à la prise en charge des maladies chroniques. Ils peuvent donner de l'information complète sur les médicaments, assurer le suivi auprès des patients pour contre les effets indésirables des médicaments, se pencher sur les problèmes de conformité en matière de pharmacothérapie et communiquer avec les fournisseurs de soins de santé lorsqu'ils relèvent des problèmes. Ils peuvent aussi proposer d'autres thérapies. Des témoins ont également mentionné que l'inclusion des pharmaciens dans un modèle de soins de santé collaboratif, qui sera examiné plus avant, pourrait permettre de réduire les coûts du système de soins de santé. Aussi, les programmes de dépistage dans les pharmacies, comme celui en place en Ontario pour le dépistage de l'hypertension artérielle, peuvent réduire le nombre d'hospitalisations⁴¹.

Des témoins ont affirmé que le personnel paramédical constitue le troisième groupe de fournisseurs de soins de santé en importance au Canada. Les services paramédicaux communautaires, dont il faudrait dans certains cas élargir le champ d'activité, permettent de fournir des soins de prévention et de réadaptation dans des contextes autres que les urgences. Des témoins ont fait valoir que le personnel paramédical peut fournir des soins de transition efficaces aux patients qui ont obtenu leur congé de l'hôpital et une telle approche pourrait contribuer à réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital qui se situe actuellement à 15 % dans les 30 jours de la sortie de l'hôpital. Dans le même ordre d'idées, des témoins ont présenté les services paramédicaux communautaires comme un moyen efficace d'éviter des appels au 911, de réduire les visites aux services d'urgence et de garder les patients âgés chez eux plutôt que de les hospitaliser lorsqu'ils attendent une place dans un établissement de soins de longue durée⁴².

Afin d'accroître la capacité des collectivités autochtones à prendre part à la conception, à la surveillance et à l'application de recherches visant à réduire les disparités sur le plan de la santé chez les Autochtones, les IRSC ont mis sur pied l'initiative « Voies de l'équité en santé pour les Autochtones ».

Il existe également l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), administrée par Statistique Canada, qui collige des données liées à l'état de santé, à l'utilisation des services de santé et aux déterminants de la santé de la population canadienne. En 2004, l'enquête était axée sur la nutrition; ce thème sera repris en 2015.

Finalement, en juillet 2010, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il investirait 8,2 millions de dollars sur cinq ans dans les Équipes stratégiques des IRSC en recherche appliquée sur les blessures. Ainsi, cinq équipes de recherche sur les blessures sont financées grâce à cette initiative, et leurs recherches porteront sur les blessures chez les enfants.

Des témoins ont exposé divers problèmes et proposé plusieurs solutions au Comité durant les audiences. Ces questions sont abordées ci-après.

C. Questions relevant des maladies chroniques liées au vieillissement

1. Rôle du gouvernement provincial dans la formation, la rémunération et le champ d'activité des professionnels de la santé

Certains témoins ont formulé de vives inquiétudes sur les lacunes dans la formation des professionnels de la santé quant au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes âgées. Selon eux, non seulement nous manquons de gériatres – les médecins se spécialisant en soins pour les aînés, mais les omnipraticiens ne reçoivent pas la formation nécessaire pour soigner les aînés. Notamment, le Canada ne compte que 200 gériatres alors qu'il en faudrait actuellement de 500 à 600 et qu'il en faudra davantage au fur et à mesure que la population vieillit³³. Dans la même veine, d'ici 2020, il y aura une pénurie de spécialistes des troubles respiratoires de l'ordre de 35 %³⁴. À ce chapitre, il a d'ailleurs été proposé que la formation des médecins soit moins axée sur les spécialités liées aux soins actifs³⁵. Le fait que les gériatres reçoivent un salaire (contrairement à la plupart des autres médecins qui sont rémunérés à l'acte), représente un effet dissuasif sur les étudiants en médecine³⁶. Cependant, la rémunération à l'acte ne favorise pas l'interdisciplinarité des soins ni ne garantit que les soins seront meilleurs³⁷. Selon certains témoins, la formation et le perfectionnement des médecins et des autres professionnels de la santé ne sont pas suffisamment axés sur le vieillissement³⁸.

4. Investissements fédéraux dans la recherche³¹

Dans le cadre des audiences, le Comité a été mis au courant des projets de recherche appuyés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Dotés d'un budget annuel d'environ un milliard de dollars, les IRSC, qui regroupent 13 instituts virtuels, constituent l'organisme subventionnaire fédéral pour tous les domaines de la recherche en santé : recherches biomédicales, recherches cliniques et recherches sur la prestation de soins de santé notamment. Plusieurs d'entre eux font de la recherche sur la promotion de la santé ainsi que sur la prévention et le traitement des maladies chroniques.

Les IRSC sont l'un des membres fondateurs de l'Alliance mondiale contre les maladies chroniques, une organisation formée en juin 2009 qui se compose de six organismes de recherche sur la santé issus de différentes régions du monde. Ces organismes se sont fixés comme priorité de mener une recherche coordonnée sur les maladies chroniques. Pour ce faire, le plan stratégique des IRSC de 2009-2010 à 2013-2014 donne notamment la priorité à la recherche stratégique sur le fardeau des maladies chroniques et des troubles mentaux. À cette fin, les IRSC évoquent la nécessité d'axer davantage les soins sur le patient et d'alléger les pressions exercées sur le système de santé en raison du vieillissement de la population et des taux accrus de maladies chroniques, et soulignent l'importance de mobiliser les ressources en collaborant avec divers ministères et organismes publics, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales pour répondre aux besoins en matière de recherche.

Par l'intermédiaire de l'Institut du vieillissement des IRSC, le gouvernement fédéral a affecté 122 millions de dollars à la recherche sur le vieillissement en 2009-2010. De cette somme, 44 millions de dollars ont été versés en 2010 pour appuyer la recherche sur le diabète, et d'autres fonds ont été versés pour appuyer la recherche sur le cancer, les cardiopathies et les AVC³². Plusieurs témoins ont parlé de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV), l'une des initiatives stratégiques des IRSC. L'ELCV permettra de suivre une cohorte de Canadiens de 45 ans et plus pendant une période de 25 ans et aidera à comprendre l'évolution des maladies, de la psychologie, des fonctions, des incapacités et des processus psychosociaux qui accompagnent le vieillissement. Jusqu'à ce jour, 38 millions de dollars ont été investis par l'intermédiaire des IRSC, montant qui vient s'ajouter aux 15 millions de dollars consentis par les gouvernements provinciaux et d'autres partenaires.

Les IRSC ont fait beaucoup pour mettre de l'avant la recherche dans les secteurs de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. En plus des investissements en cours dans la recherche sur l'obésité, les IRSC financent la recherche sur la prévention des maladies par l'entremise de ses divers instituts, de même que la promotion de la santé en général et, indirectement, de la recherche alimentaire et nutritionnelle. En novembre 2010, l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète (INMD) des IRSC a tenu un atelier intitulé « Priorités de recherche sur l'alimentation et la santé » dont l'objectif était de cerner les lacunes en matière de recherche.

3. Initiatives de promotion de la santé

a) Alimentation saine et poids santé

Des témoins ont parlé du *Guide alimentaire canadien*, publié pour la première fois en 1942 et récemment mis à jour en 2007. Le guide alimentaire de Santé Canada, intitulé *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*, repose sur des politiques nutritionnelles fondées sur des données probantes et vise à aider les Canadiens à faire des choix alimentaires sains qui répondent à leurs besoins nutritionnels, favorisent la santé et préviennent les carences nutritionnelles.

Au chapitre des initiatives de financement visant à promouvoir l'alimentation saine et le poids santé, l'ASPC investit annuellement plus de 112 millions de dollars pour aider les enfants vulnérables et leur famille grâce à divers programmes, dont le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les centres urbains et les agglomérations du Nord. Le Programme canadien de nutrition prénatale a été présenté comme un programme communautaire assuré par l'ASPC pour aider les collectivités à promouvoir la santé publique et à offrir les appuis nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être des femmes enceintes, des nouvelles mères et des bébés qui traversent des circonstances difficiles. Les témoins ont également parlé des *Recommandations canadiennes relatives au gain de poids durant la grossesse* que le gouvernement a formulées pour aider les professionnels de la santé et les femmes enceintes à gérer le gain de poids durant la grossesse. Finalement, la *Trousse éducative Manger bien et soyez actif*, publiée par Santé Canada, vise à faciliter l'enseignement de la saine alimentation et de l'activité physique à des groupes d'enfants et d'adultes. Enfin, pour que les Canadiens vivant dans des collectivités isolées du Nord puissent avoir accès à des aliments nutritifs et périssables, le gouvernement fédéral investit annuellement 60 millions de dollars dans le *Programme Nutrition Nord Canada*³⁰.

b) Activité physique et prévention des blessures

L'activité physique et la vie active sont des éléments essentiels au maintien d'une bonne santé. De 1998 à 2002, le gouvernement fédéral et la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE) ont élaboré des guides d'activité physique destinés aux adultes, aux adultes plus âgés, aux enfants et aux adolescents. Des versions révisées des quatre guides ont été publiées en janvier 2011 par la SCPE.

En mars 2011, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il investirait 5 millions de dollars sur deux ans dans la prévention des blessures sportives et récréatives, en collaboration avec des organismes non gouvernementaux, notamment dans le but de prévenir les blessures graves comme les commotions cérébrales, les noyades et les fractures dans des activités très populaires comme le hockey, les sports d'hiver, le cyclisme et les sports nautiques.

novembre 2011. Le rapport présente certaines des mesures prises pour appuyer le Cadre depuis septembre 2010 et propose des recommandations et des interventions à l'intention des ministres de la Santé et de leur gouvernement respectif, ainsi que d'autres secteurs, le cas échéant, jusqu'à l'automne 2012 et par la suite.

2. Initiatives en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques

Les représentants de l'ASPC ont également parlé des initiatives propres aux personnes âgées. Créé en 2007, le Conseil national des aînés a pour mandat de conseiller le gouvernement, par l'entremise du ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences et du ministre de la Santé, sur les possibilités et les nouveaux enjeux liés à la qualité de vie et au mieux-être des personnes âgées. Le Canada participe également au Projet mondial des Villes-amies des aînés de l'OMS, un programme par l'entremise duquel l'ASPC assure le leadership des collectivités dans un effort visant à améliorer l'environnement bâti des collectivités (notamment l'éclairage des rues ainsi que la largeur et l'accessibilité des trottoirs) afin d'aider les personnes âgées à mener une vie saine et active. Plus de 560 collectivités canadiennes participent à ce programme, et la majorité d'entre elles, soit 316, se trouvent au Québec.²⁹

Le projet des Villes-amies des aînés permet aux Canadiens âgés de participer à la planification et à la conception de leur propre collectivité afin de créer un environnement sain, sûr et favorable où ils peuvent vivre et s'épanouir. Ce projet a rendu plusieurs collectivités plus sécuritaires et plus accessibles aux personnes âgées, en plaçant les Canadiens âgés au cœur des discussions sur la conception des villes-amies des aînés.

Les représentants de l'ASPC ont précisé également que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits est responsable de la mise en œuvre non seulement de la Stratégie canadienne du diabète, mais aussi de l'initiative sur le diabète chez les Autochtones. Tout comme la Stratégie, l'initiative met l'accent sur les stratégies de prévention et l'amélioration de la prise en charge du diabète, mais elle est adaptée pour répondre efficacement aux besoins de la population autochtone canadienne.

Finalement, l'ASPC a élaboré un questionnaire d'évaluation pour les Canadiens, CANRISK, qui permet de mieux déceler les personnes susceptibles d'être atteintes du diabète et de tirer profit des stratégies de prévention pour retarder ou prévenir l'apparition de la maladie.

La surveillance constitue l'un des thèmes du mandat de l'ASPC, qui gère plusieurs bases de données sur les maladies transmissibles et non transmissibles. Initialement, le Programme pour la surveillance accrue des maladies chroniques permettait de communiquer des données sur la surveillance de l'hypertension artérielle et du diabète grâce au Système national de surveillance des maladies chroniques. Dans le cadre du Programme, un montant de 15 millions de dollars, octroyé sur une période de quatre ans, a permis de mener une étude nationale de la santé des populations relative aux maladies neurologiques, étude qui contribuera à améliorer la qualité des données de surveillance des affections, notamment la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, l'épilepsie et les maladies neuromusculaires. Les données sur la prévalence, l'incidence, la morbidité et la mortalité des maladies chroniques comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, les troubles neurologiques, l'arthrite, les troubles mentaux, le diabète et les affections respiratoires sont accessibles dans l'infobase sur les maladies chroniques de l'ASPC à mesure qu'elles sont disponibles.

Les investissements consentis par le gouvernement fédéral visent à améliorer la prise de décisions en matière de politiques et de programmes grâce à un accès aux données probantes les plus valables sur la prévention des maladies chroniques et sur les pratiques en matière de promotion de la santé. Ces investissements concernent notamment le Portail canadien des pratiques exemplaires ainsi que des outils favorisant le développement et l'échange des connaissances et vérifiant la mise en œuvre des pratiques exemplaires. Le Portail est un recueil d'interventions communautaires liées à la prévention des maladies chroniques et à la promotion de la santé, interventions qui ont été évaluées, se sont avérées efficaces et peuvent être adaptées et reproduites par d'autres professionnels de la santé²⁸.

Sur la question de la promotion de la santé mentale, le gouvernement fédéral a versé des fonds à la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), qui a élaboré un cadre de travail à cette fin, et à la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), qui a établi le guide de pratique clinique des praticiens.

La coopération internationale constitue également l'un des volets de l'approche intégrée de l'Agence en matière de prévention des maladies chroniques. Sur cette question, les représentants de l'ASPC ont expliqué la collaboration de l'Agence avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en vue de renforcer la capacité de surveillance dans les pays en voie de développement. L'ASPC collabore également avec d'autres pays des Amériques, grâce au réseau CARMEN, pour élaborer et échanger des études de cas sur les stratégies de prévention, particulièrement en ce qui concerne l'obésité. Par son travail, le réseau permet également de faire avancer la prévention et de faciliter la modification des stratégies. Enfin, l'ASPC a signalé qu'elle travaillait en étroite collaboration avec l'Organisation panaméricaine de la santé sur la question de la réduction du sodium dans les aliments.

Finalement, les représentants de l'ASPC ont parlé du rapport *Mesures de suivi et orientations futures 2011* qui a été adopté à la réunion des ministres de la Santé en

ii. Coordonner les efforts liés aux trois priorités stratégiques essentielles, soit :

- des environnements favorables : s'assurer que les environnements sociaux et physiques où les enfants vivent, apprennent et s'amusez soutiennent davantage l'activité physique et la bonne alimentation;

- des mesures précoces : reconnaître le risque de surpoids et d'obésité chez les enfants et s'y attaquer rapidement;

- des aliments nutritifs : chercher des moyens d'augmenter la disponibilité des aliments nutritifs et l'accès à ces aliments, et de diminuer la commercialisation d'aliments et de boissons à teneur élevée en gras, en sucre ou en sodium visant les enfants.

iiii. Mesurer les progrès collectifs et rendre compte des résultats quant à la réduction du surpoids et de l'obésité juvéniles, tirer des leçons des initiatives qui ont connu du succès et modifier les approches au besoin.

Cette approche collaborative nécessite l'établissement de partenariats entre les gouvernements F/T/P. Les représentants de l'ASPC ont expliqué que la création de l'Agence reposait sur le principe que de tels partenariats sont essentiels à l'efficacité des stratégies en matière de santé publique. Le Réseau pancanadien de santé publique (RPSP) a donc été établi; il est dirigé par un conseil d'administration composé de 17 membres issus des gouvernements F/P/T. Son mandat consiste notamment à communiquer l'information; à donner des conseils d'ordre stratégique et technique aux sous-ministres de la Santé F/P/T; et à appuyer les pouvoirs publics en cas d'urgence en santé publique.

L'approche collaborative des gouvernements F/T/P comprend des programmes axés sur les trois thèmes de son mandat : promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et soutien du dépistage précoce et de la prise en charge des maladies chroniques. Santé Canada et ses organismes appuient ces programmes qui proposent notamment des stratégies et des cadres propres à certaines maladies qui ont été élaborés dans la foulée des partenariats entre les gouvernements et les organismes non gouvernementaux. Ceux-ci incluent : la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire; la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, qui relève du Partenariat canadien contre le cancer; la Stratégie canadienne du diabète; le Cadre de santé pulmonaire pour le Canada; et enfin, le Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada. Il a été question également du Programme pour la surveillance accrue des maladies chroniques. Les représentants de l'Agence ont insisté sur la nécessité d'améliorer la surveillance à cet égard.

1. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaboreront à la promotion de modes de vie sains et à la prévention des maladies chroniques

En 2005, le gouvernement fédéral a investi 300 millions de dollars sur cinq ans pour mettre en œuvre la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. En septembre 2010, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (F/T/P) ont endossé deux initiatives, une décision marquant le renouvellement des efforts. Il s'agit de :

- a) La *Déclaration fédérale, provinciale et territoriale sur la prévention et la promotion*[†] — En 2010, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il affecterait 74,4 millions de dollars annuellement aux fins de la Déclaration, un document qui avait reçu l'appui de tous les ministres de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain. Les signataires de la Déclaration ont comme vision commune que la promotion de la santé et la prévention des maladies, des incapacités et des blessures sont prioritaires et nécessaires à la viabilité du système de santé. Dans la Déclaration, ils reconnaissent que bien des mesures nécessaires ne sont pas du ressort du secteur de la santé en raison de la nature même de bon nombre des déterminants de la santé, qui ne relèvent pas de ce secteur. De plus, les signataires prennent acte du fardeau des maladies chroniques associées à un mode de vie malsain;

- b) *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*[‡], un document qui présente trois stratégies intégrées fondées sur les travaux de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains et de la *Déclaration fédérale, provinciale et territoriale sur la prévention et la promotion*, à savoir :

i. Faire du surpoids et de l'obésité juvéniles une priorité collective d'intervention pour les ministres F/P/T de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain, qui encourageront les ministères et les autres secteurs de la société canadienne à faire preuve de leadership partagé et à prendre des mesures communes ou complémentaires en ce sens.

† Pour lire la Déclaration sur la prévention et la promotion de septembre 2010, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-fra.pdf>.

‡ Agence de la santé publique du Canada, *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*, 2011, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/frameswork-cadre/index-fra.php>.

fréquentes figurent les affections cardiovasculaires (cardiopathies et AVC), le cancer, le diabète et les troubles respiratoires ainsi que, dans une moindre mesure, l'arthrite, la douleur chronique et les troubles mentaux comme la démence et la dépression. De 74 à 90 %¹⁸ des personnes âgées sont atteintes d'au moins une maladie chronique, et environ le quart en présente plus d'une¹⁹. Au chapitre de la médication, 74 % des personnes âgées prennent au moins un médicament²⁰ et 15 % en prennent cinq ou plus²¹.

Au Canada, le coût annuel des maladies chroniques s'établit à 190 milliards de dollars²². De cette somme, 90 milliards de dollars sont affectés aux traitements et le reste sert à compenser le manque de productivité²³. Le traitement des maladies chroniques représente 67 % de tous les coûts directs des soins de santé²⁴. De plus, d'après de nombreux témoins, il faudrait mettre davantage l'accent sur la prévention ainsi que sur l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des maladies chroniques, étant donné que le Canada s'apprête à composer avec le vieillissement de sa population au cours des prochaines années²⁵.

B. Aperçu des initiatives publiques²⁶

Le gouvernement du Canada investit dans des partenariats afin de favoriser le vieillissement en santé. Ces partenariats misent sur l'inclusion sociale, l'autonomie, la qualité de vie et la prévention des maladies chroniques en gardant les personnes âgées en contact avec leur milieu de vie²⁷.

Le Comité a entendu le témoignage de représentants de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Ces derniers ont brossé un tableau des initiatives fédérales en matière de maladies chroniques associées au vieillissement, de promotion de la santé et de prévention des maladies en général. Ainsi, ils ont parlé de diverses initiatives qui sont adaptées aux divers stades de la vie, font la promotion du vieillissement en santé et s'attaquent au fardeau des maladies chroniques chez les personnes âgées. Dans bien des cas, ces initiatives nécessitent l'établissement de partenariats avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations non gouvernementales et avec le secteur privé. Les représentants de l'ASPC ont fait valoir l'importance d'une approche multisectorielle, ou qui met à contribution l'ensemble de la société, au lieu de ne compter que sur le seul secteur de la santé. Cette approche s'inscrit dans la foulée de la réunion tenue sous l'égide des Nations Unies en septembre 2001, réunion au cours de laquelle le Canada a reconnu la nécessité de tabler sur tous les secteurs pour élaborer des stratégies de prévention des maladies chroniques.

Plusieurs témoins ont évoqué la prévalence des maladies chroniques, particulièrement chez les personnes âgées, soulignant que ces affections constituent la principale cause de décès dans ce groupe d'âge. Parmi les maladies chroniques les plus

4. Le fardeau des maladies chroniques

Les premiers Canadiens de la génération du baby boom ont eu 65 ans en 2011, année qui marque le début du changement démographique prévu qui entraînera une augmentation de la proportion des 65 ans et plus. Aujourd'hui, 14 % des Canadiens appartiennent à ce groupe d'âge, et leur nombre atteindra 6,7 millions en 2021¹⁴, puis 10 millions en 2036, constituant alors 25 % de la population canadienne¹⁵. Ce changement démographique s'est déjà opéré dans beaucoup de régions peu peuplées, c'est-à-dire le Canada rural¹⁶. Qui plus est, en 2041, 4 % de la population, soit environ 1,6 million de Canadiens, auront plus de 85 ans¹⁷.

3. Le vieillissement de la population

Un niveau d'activité physique réduit est également lié à une moins bonne santé. En effet, moins de la moitié de l'ensemble des Canadiens sont suffisamment actifs, et seulement 7 % des enfants répondent aux normes d'activité quotidienne¹². La situation est encore pire chez les adolescents. En outre, jusqu'à 25 maladies chroniques sont directement liées à l'inactivité physique, et on estime que, comparativement à une personne active, une personne inactive passera 38 % plus de temps à l'hôpital, consultera son médecin de famille et une infirmière respectivement 5,5 % et 12 % plus souvent, et utilisera des services spécialisés 13 % plus fréquemment¹³.

Le taux d'obésité est en croissance. En effet, depuis 1980, le taux d'obésité dans plusieurs pays a doublé, voire triplé⁷. En 2007-2008, près d'un Canadien adulte sur quatre était obèse, et le quart des adolescents canadiens était obèse ou en surpoids⁸. Chez les enfants, le taux d'obésité a presque quadruplé en 30 ans⁹, et ce taux est nettement plus élevé chez les enfants autochtones que chez les autres enfants canadiens¹⁰. Au chapitre des coûts en santé, en 2008, les coûts associés aux maladies chroniques le plus souvent liées à l'obésité se chiffraient à 4,6 milliards de dollars, comparativement à 3,9 milliards en 2000¹¹.

Le fardeau des maladies chroniques est lié aux habitudes alimentaires, aux taux de surpoids et d'obésité et au niveau d'activité physique des Canadiens. En effet, un régime alimentaire sain réduit le risque de maladies chroniques. Les saines habitudes alimentaires, l'exercice régulier et l'abstention de fumer permettraient d'éviter 90 % des cas de diabète de type 2, 80 % des cas de coronaropathies et le tiers des cas de cancer⁵. Au Canada, jusqu'à 48 000 décès par année sont liés à une mauvaise nutrition⁶.

2. Régime alimentaire sain, obésité et niveau d'activité physique

MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT ET PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES

INTRODUCTION

D'octobre 2011 à février 2012, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a entendu des témoins sur les questions des maladies chroniques liées au vieillissement, ainsi que de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Au cours des 17 audiences qui ont été tenues, le Comité a entendu les témoignages des fonctionnaires, ainsi que des témoins représentant des professionnels de la santé, des patients, des personnes âgées, des défenseurs des patients, des chercheurs, des assureurs privés et des organisations caritatives.

Dans le cadre de son étude, le Comité a reconnu que l'administration et la prestation de services de soins de santé relèvent des provinces et territoires. Tenu de respecter les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires financent ces services avec l'aide du gouvernement fédéral dans le cadre de transferts fiscaux. Les services de soins de santé incluent les soins de santé primaires assurés, comme les services des médecins et autres professionnels de la santé, les soins hospitaliers, les soins à domicile et le champ d'activité.

CE QUE LE COMITÉ A ENTENDU

A. Quelques statistiques

1. Espérance de vie et état de santé

Selon des témoins qui ont cité des données de Statistique Canada¹, l'espérance de vie s'établit à 80,9 ans. De plus, près de 90 % des Canadiens se disent en bonne, en très bonne ou en excellente santé². En ce qui a trait à l'espérance de vie, depuis le début des années 1900, la durée de vie moyenne des Canadiens s'est accrue de plus de 30 ans, 25 de ces années étant attribuables aux progrès réalisés en matière de santé publique³. Toutefois, si le nombre d'années de vie en bonne santé a atteint un sommet en 1996, il est en déclin depuis⁴.

* Pour les fins des présentes, veuillez noter que le genre masculin inclut également le genre féminin.

D. Questions relevant de la prévention des maladies chroniques grâce à la promotion de la santé.....	22
1. Nutrition saine et poids santé chez les enfants	22
2. Activité physique et blessures chez les jeunes.....	23
3. Investissements dans la promotion de la santé et la prévention des maladies	24
E. Rôles possibles du gouvernement fédéral	25
1. Législation	25
2. Réglementation	25
3. Accord sur la santé et transferts des responsabilités en matière de santé.....	26
4. Recherche	26
5. Stratégies nationales.....	27
6. Échange de renseignements et pratiques exemplaires	27
7. Modèle de soins intégrés des populations relevant de la compétence du gouvernement fédéral	28
8. Stratégie en matière de modes de vie sains destinée aux collectivités des Premières nations.....	28
OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ.....	29
CONCLUSION.....	31
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	41
ANNEXE A : MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT LISTE DES TÉMOINS.....	43
ANNEXE B : PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES LISTE DES TÉMOINS.....	47
ANNEXE C : MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT LISTE DES MÉMOIRES.....	51
ANNEXE D : PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES LISTE DES MÉMOIRES.....	53
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	55
RAPPORT MINORITAIRE DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE DU CANADA	57
RAPPORT DISSIDENT DU PARTI LIBÉRAL DU CANADA	63

TABLE DES MATIÈRES

MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT ET PROMOTION DE LA	1
SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES	1
INTRODUCTION	1
CE QUE LE COMITÉ A ENTENDU	1
A. Quelques statistiques	1
1. Espérance de vie et état de santé	1
2. Régime alimentaire sain, obésité et niveau d'activité physique	2
3. Le vieillissement de la population	2
4. Le fardeau des maladies chroniques	2
B. Aperçu des initiatives publiques	3
1. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent à la promotion de modes de vie sains et à la prévention des maladies chroniques	4
2. Initiatives en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques	7
3. Initiatives de promotion de la santé	8
a) Alimentation saine et poids santé	8
b) Activité physique et prévention des blessures	8
4. Investissements fédéraux dans la recherche	9
C. Questions relevant des maladies chroniques liées au vieillissement	10
1. Rôle du gouvernement provincial dans la formation, la rémunération et le champ d'activité des professionnels de la santé	10
2. Nécessité de tenir compte des besoins linguistiques, ethniques et culturels	12
3. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques	12
4. Prise en compte accrue de la santé mentale	15
5. Responsabilité individuelle et prise en charge autonome de la maladie	17
6. Soins en milieu communautaire	18
7. Déterminants sociaux de la santé	19
8. Une approche intégrée et multisectorielle en matière de soins de santé	20

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

HUITIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié les maladies chroniques liées au vieillissement et la promotion de la santé et la prévention des maladies et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

GREFFIÈRE DU COMITÉ

Mariane Beaudin

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires
Raphaëlle Deraspe
Sonya Norris

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

PRÉSIDENTE

Joy Smith

VICE-PRÉSIDENTES

Libby Davies
L'hon. Hedy Fry

MEMBRES

Kelly Block
Patrick Brown
Colin Carrie
Parm Gill
Matthew Kellway
Wladyslaw Lizon
Dany Morin
Djaouida Sellah
Mark Strahl

AUTRES DÉPUTÉS AYANT PARTICIPÉ

Ruth Ellen Brosseau
Rod Bruinoooge
Ron Cannan
Sean Casey
Joe Daniel
Kirsty Duncan
L'hon. Mark Eyrking
Randy Hoback
Ed Holder
Carol Hughes
Roxanne James
Jenny Jogindera Sims
L'hon. Dominic LeBlanc
Ryan Leef
Pierre Lemieux
L'hon. Lawrence MacAulay
Irene Mathysen
John Williamson
Ted Opitz
Anne Minh-Thu Quach
L'hon. Judy Sgro
Francine Raynault
Robert Sopuck
Mike Sullivan

**MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU
VIEILLISSEMENT ET PROMOTION DE LA
SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES**

**Rapport du Comité permanent
de la santé**

La présidente

Joy Smith, députée

MAI 2012

41^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION



PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à :
Les Éditions et Services de dépôt Travaux publics et Services gouvernementaux Canada

Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@pws-gc.gc.ca

<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à
l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

**MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU
VIEILLISSEMENT ET PROMOTION DE LA
SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES**

**Rapport du Comité permanent
de la santé**

**La présidente
Joy Smith, députée**

MAI 2012

41^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA



13406

